

Compte rendu de la réunion du 11/12/2012

Etaient présents : B. Auge, C. Boronad, D. Cervoni, C Curti, S. Dumas, E. Fougereau, M Gandoïn, E. Garbez, C Jacob, M Larue, MH Legros, L Martin, A Mirrione, A. Mousnier, P Pascual, L Peillard V. Pellissier, J Rocquain , S Raetz; L Thomas, C Unia, ,

Absents et excusés : A Holay, J Dani, C Demichelis, B Desch,, C Pellevoizin P Rathelot, E. Schmitt, B Veyrier,

POINTS EVOQUES	DISCUSSION	Documents
Actualités et veille concernant toutes les informations en lien avec la politique du médicament	Les documents publiés sont tous référencés dans les 2 documents en annexe relatifs à la veille réglementaire et aux publications par les agences.	Veille réglementaire et veille des agences nationales Octobre-novembre 2012
Validation des documents du projet régional de bonne utilisation du KCL en établissement de santé,(responsables projets)	Après avoir pris en compte les propositions des modifications signalées par certains membres du groupe, le projet de recommandations régionales sur le KCL a été soumis une nouvelle fois au groupe pour relecture, et corrections et/ou ajouts éventuels. En parallèle, ce document a été transmis pour validation à plusieurs experts médecins appartenant aux 2 CHU, et à l'IPC. Enfin, cette démarche a fait l'objet d'une présentation par Emmanuelle Fougereau dans le cadre de réunion organisée par l'ARS lors de la semaine. cette présentation est disponible en ligne sur le site de l'ARS , à la page OMEDIT http://www.ars.paca.sante.fr/Evenements.127907.0.html	
Médicaments à risques: comment établir la liste ?	Christophe Curti, praticien à l'APHM présente la démarche mise en œuvre à l'APHM qui a permis de définir en interne, conformément aux exigences inscrites dans l'arrêté du 6 avril 2011, la liste des médicaments à haut risque. La terminologie "médicaments à haut risque" a été choisie au lieu et place du terme "médicaments à risques". La liste de base ayant servi à la démarche est étrangère et provient de la liste de l'Institute for safe medication practices(ISMP). cette classe est enrichie chaque année à partir des déclarations d'accidents. En se basant sur cette liste, une première liste de travail a pu être élaborée dans l'établissement en recensant les spécialités référencées dans l'établissement (extraction du livret thérapeutique). pour mieux faire adhérer les professionnels, l'APHM a choisi de réaliser des actions réaliser par « campagnes », en fonction des spécificités locales et des motivations individuelles des spécialistes concernés. des exemples concernant les médicaments et les mesures "barrières" à adopter figurent dans le diaporama. Ce document sera prochainement disponible sur le site e-omedit	Diaporama
Présentation génériques	Cyril Boronad, PH au centre hospitalier de Cannes, fait une présentation relative aux génériques et plus précisément sur le point très discuté qu'est la bioéquivalence. Ce point est généralement source de confusion et les définitions sont rappelées. Il est notamment rappelé que la borne autorisée pour un intervalle de confiance de 90% s'applique au ratio des valeurs obtenues pour	Diaporama

POINTS EVOQUES	DISCUSSION	Documents
	<p>chaque produit (princeps et génériques) du Cmax ou de l'aire sous la courbe. Le rapport IGAS (Evaluation de la politique française des médicaments génériques) le rappelle également:</p> <p>La politique en faveur du développement des médicaments génériques, lancée en France au milieu des années 90, a connu un succès très important dans l'ensemble des pays occidentaux. Elle s'inscrit dans le cadre plus global de la maîtrise de la croissance des dépenses de médicaments au sein des dépenses de santé. Si l'utilisation des médicaments génériques a régulièrement augmenté depuis, elle connaît un ralentissement depuis 2008, en raison notamment de prises de position contradictoires concernant leur qualité. C'est dans ce contexte que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a évalué cette politique, et l'a inscrite à son programme d'activité.</p> <p>http://www.igas.gouv.fr/spip.php?page=recherche&recherche=generiques&x=5&y=7</p> <hr/> <p style="text-align: center;">IGAS, RAPPORT N°RM2012-115P 5</p> <p>[18] En revanche, une étude de bioéquivalence⁴, dont la méthodologie est définie par des normes internationales, consistant à démontrer que les quantités de principe actif circulant dans le sang sont comparables entre médicaments générique et princeps, est exigée. Cette méthodologie est relativement complexe. La norme d'acceptation d'une étude de bioéquivalence est souvent interprétée de façon erronée lorsqu'il est affirmé que la disponibilité plasmatique des principes actifs des médicaments génériques peut varier dans des proportions de -20 % à +25 %. En fait, cette variation de la concentration plasmatique du principe actif entre génériques et princeps varie dans des proportions qui sont celles que l'on tolère pour les différents lots d'un même médicament princeps ou générique, soit moins de 5 %.</p> <p>[19] Pour certains médicaments dits à « marge thérapeutique étroite », la concentration plasmatique du principe actif ne doit varier que dans des conditions faibles afin de ne pas déséquilibrer le traitement du patient. Dans ces cas, la commission d'autorisation de mise sur le marché qui évalue les dossiers des génériques de ces médicaments exige des niveaux de variations de biodisponibilité du principe actif encore plus faibles que pour les médicaments qui ne sont pas à marge thérapeutique étroite.</p> <p>Par ailleurs, on peut signaler le point d'information très récent de l'ANSM qui rappelle que les génériques sont des médicaments comme les autres</p> <p>http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/L-ANSM-explique-pourquoi-les-medicaments-generiques-sont-des-medicaments-a-part-entiere-Point-d-information</p> <p>On pourra lire aussi dans la grande presse</p> <p>http://www.rue89.com/2012/12/11/non-substituable-comment-les-medecins-torpillent-les-generiques-237692</p> <p>http://www.rue89.com/2008/11/30/les-labos-pharmaceutiques-sabotent-les-generiques</p> <p>http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/12/10/19542-mefiance-accrue-envers-medicaments-generiques</p>	
<p>Expérience de pharmacie clinique chez la personne âgée au CH d'Hyères</p>	<p>Claude Unia, praticien au centre hospitalier d'Hyères fait une présentation sur son expérience de pharmacie clinique au sein de son établissement et de son expérience de validation pharmaceutique pour les patients de gériatrie (SSR, EHPAD) et de l'aide utile que peut apporter le pharmacien à l'équipe médicale. Elle précise que sa collaboration est complétée par la participation à la visite une fois par semaine.</p>	<p>Diaporama</p>

POINTS EVOQUES	DISCUSSION	Documents
<p>Seconde vague du projet ARMEN sur les bonnes pratiques des achats hospitaliers</p>	<p>Le projet ARMEN est un des axes majeurs du programme PHARE « Performance hospitalière pour des achats responsables » : il consiste à identifier des opportunités de gains, par vagues de 10 domaines sur une durée de 3 mois.</p> <p>Pour cela, à l'échelon national, des groupes de travail issus de la communauté hospitalière ont été constitués, chacun spécialisé sur un segment d'achat. Sous le pilotage de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la mission de chaque groupe est d'identifier les bonnes pratiques déjà mises en œuvre avec succès sur le terrain, de les quantifier et en d'en déduire des recommandations pratiques et opérationnelles. Ces « économies intelligentes » doivent notamment permettre aux établissements de mieux dépenser et, ainsi, de dégager des marges de manœuvre au bénéfice des patients.</p> <p>La vague 1 d'ARMEN s'est déroulé entre mars et juin 2012. Elle s'est concentrée sur 10 segments d'achat : consommables de laboratoire, matériel médico-chirurgical à usage unique, entretien et réparation de biens à caractère médical, véhicules en coût complet, logiciels, imagerie de coupe, blanchisserie, mobiliers de soin, dépenses immobilières et assurances. Au total, les recommandations représentent un potentiel de gains de l'ordre de 1,2 Md€ en 3 ans, soit 13 % des dépenses sur les 10 segments de cette première vague</p> <p>La vague 2 d'ARMEN a été officiellement lancée le 13 novembre 2012 au Ministère de la santé et 10 nouveaux segments ont été sélectionnés dont celui des médicaments.</p> <p>Dans ce cadre, Cyril BORONAD, du CH CANNES, participe au groupe « médicaments » ARMEN. Ce groupe de travail « médicament » constitué est à la recherche d'expériences d'établissements ayant mis en place des actions de bonnes pratiques liées à l'utilisation de médicaments et ayant abouties à des économies financières : par exemple « mise en place de Bonnes pratiques de nutrition ayant favorisées l'utilisation de la nutrition entérale à la place de la nutrition parentérale ».</p> <p>Il est proposé de solliciter les établissements de la région PACA pour recenser et associer les établissements ayant une telle expérience de la démarche. Ces expériences doivent être des actions déjà réalisées, chiffrées ou chiffrables d'un point de vue financier et transposables dans d'autres établissements. les actions retenues figureront dans la synthèse du projet ARMEN avec mention de l'établissement l'ayant mise en place, et permettront ainsi de valoriser les actions des pharmaciens dans ce domaine.</p> <p>Cyril Boronad se propose de centraliser les propositions des établissements de la région qui devront lui transmettre leur expérience sous forme synthétique en 3 parties : "Contexte, Détails du plan d'action, Résultats", l'ensemble devant contenir sur une seule diapo. <u>Attention, le délai de transmission de ces exemples est très court! Ces projets devront être présentés lors de la prochaine réunion programmée le 11 janvier 2013.</u></p>	
<p>Présentation du guide sur les fluides médicaux</p>	<p>Christian Jacob a coordonné l'élaboration d'un guide de pratiques pharmaceutiques en matière de fluides médicaux pour les établissements de santé avec un petit groupe de pharmaciens volontaires de la région PACA et des ARS PACA et Corse en lien avec les coordonnatrices de l'OMEDIT. Il présente dans un diaporama la synthèse de ce travail, initié suite à une réunion de la présente commission, depuis maintenant près de 2 ans. Ce guide très complet pourra être très utile aux professionnels et apporte des informations complémentaires au guide publié cet été par l'ANSM.</p>	
<p>Prescription infirmière</p>	<p>Le rôle propre de l'IDE à prescrire est évoqué.</p> <p>L'arrêté du 13 avril 2007 a fixé la liste des dispositifs médicaux prescriptibles par l'infirmier diplômé d'Etat dont la liste est fixée de façon limitative par l'arrêté du 13 avril 2007 (JO du 14 avril 2007). Cette liste a été mise à jour en 2012 (arrêté du 20 mars 2012). cette responsabilité découle de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 portant financement de la sécurité sociale pour 2007</p> <p>Dans son article 51, la loi dispose : « L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient. »</p> <p>Deux cas de prescription sont à distinguer : tout d'abord, l'infirmier peut prescrire à son patient certains dispositifs médicaux (se</p>	

POINTS EVOQUES	DISCUSSION	Documents
	<p>reporter au texte de 2012 pour avoir la liste), sous réserve de remplir les trois conditions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - L'infirmier agit pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers. 2 - L'infirmier agit dans le cadre de sa compétence. 3 - Il n'existe pas d'indication contraire du médecin. <p>D'autre part, si l'infirmier remplit les trois conditions prévues dans le 1er cas de prescription et qu'en outre il en a au préalable informé le médecin traitant désigné par le patient, l'infirmier peut également prescrire d'autres dispositifs médicaux définis par l'arrêté.</p> <p>Pour en savoir plus: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/droit-de-prescription-des-dispositifs-medicaux/droit-de-prescription-des-infirmiers.php</p> <p>Concernant la prescription des médicaments, elle est réglementairement réservée aux médecins (cf réponse au parlementaire en date du 24 juillet 2012 (voir lien ci dessous) La pratique hospitalière de "prescription infirmière" ne peut être acceptée que dans le cas d'une prescription conditionnelle médicale et protocolisée.</p> <p>http://www.jeanpierredecool.com/index.php/xiiieme-legislature/actu-parlementaire/questions-ecrites/4986-infirmiers</p>	
<p>Dépôt de Savène en vue de mutualisation</p>	<p>Suite au questionnement d'un des 3C des Alpes maritimes, est évoquée la mise en dépôt de Savène en vue d'une utilisation interétablissements. Compte tenu du coût du produit, de son utilisation peu fréquente, cette solution est intéressante. Cela sous entend de bien organiser la fourniture du produit (délais d'obtention et organisation du système de prêt).</p> <p>Emmanuelle Fougereau signale qu'elle dispose également d'un dépôt de Savène à l'IPC.</p> <p>Suite à cet échange, il est convenu de faire le point sur les antidotes et leur disponibilité dans les établissements si besoin.</p>	
<p>Points divers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parution d'un livre blanc sur la pharmacie européenne http://www.pgeu.eu/fr/documents-politiques/19-the-european-community-pharmacy-blueprint.html Le Livre blanc de la pharmacie d'officine européenne est né de la volonté des pharmaciens européens de faire évoluer la profession et l'exercice pharmaceutiques afin de répondre aux besoins des patients en tenant compte de la politique de santé. Les gouvernements européens cherchent à optimiser l'usage des médicaments, à améliorer la performance des traitements des patients et plus généralement à réduire le coût des soins. Ce document traite ces 4 points : "assurer la mise à disposition de médicaments toujours plus sûrs", "renforcer l'efficacité des traitements par une prise en charge individualisée des patients", "améliorer la santé publique" et "contribuer à l'efficacité et à la qualité du système de santé". Un meilleur usage des compétences des pharmaciens européens peut les aider à atteindre ces objectifs. Les pharmacies d'officine peuvent accroître leur contribution à l'efficacité et à l'efficacité des systèmes de santé grâce au rôle actif des pharmaciens d'officines au sein des équipes de soins de premier recours, par un encouragement à l'utilisation des applications d'e-santé à l'officine et par l'élaboration de stratégies nationales de suivi des traitements médicamenteux. • Semaine de sécurité des patients: du 26 au 30 novembre 2012 http://www.ars.paca.sante.fr/Evenements.127907.0.html http://www.sante.gouv.fr/la-securite-des-soins-la-securite-des-patients,12496.html L'objectif est de favoriser une bonne communication entre professionnels de santé et usagers pour une meilleure sécurisation des soins. Chacun doit pouvoir s'informer, échanger et prendre conscience de son rôle dans ce domaine. Dans ce cadre, les établissements et l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, ont été invités à mettre en place, entre le 26 et le 30 novembre 2012, des actions de sensibilisation et de communication autour de la sécurité des soins, en direction des patients et des professionnels. Les thèmes retenus par le groupe de travail pour 2012 sont déclinés sous forme de supports de communication dont les messages sont les suivants :bien utiliser les médicaments, favoriser la communication, soulager la douleur, renforcer l'hygiène des mains 	

POINTS EVOQUES	DISCUSSION	Documents
	<p>L'Agence régionale de santé Paca a organisé une réunion régionale sur le thème "Qualité et sécurité des patients : engageons-nous pour des soins plus sûrs" le jeudi 29 novembre 2012. L'ensemble des compte-rendu est en ligne sur le site de l'ARS PACA. (voir supra)</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Chimiothérapie orale: un protocole national de délégation de prescription validé par la HAS</p> <p>L'approbation d'un protocole national de coopération interprofessionnelle portant sur la délégation de prescription des anticancéreux oraux par la Haute autorité de santé (HAS) a été annoncée lors des Rencontres de la cancérologie française (RCFr). L'organisation prévoit que le médecin oncologue reste chargé de la décision de prescription d'un anticancéreux oral, de l'information du patient et de son médecin traitant, du recueil de son consentement et de la mise en relation avec l'infirmière "déléguée". Il présente le traitement, ses modalités et les effets indésirables possibles. L'infirmière déléguée est chargée selon les besoins, lors de consultations infirmières bien identifiées, de l'interprétation d'examens biologiques, de la prescription d'examens (biologiques, radiologiques) et de certains médicaments symptomatiques visant à traiter les effets indésirables des traitements anticancéreux (anti-émétiques, anxiolytiques, cyclines, antidiarrhéiques, topiques cutanés...) ainsi que de la décision de renouvellement de la chimiothérapie orale. L'infirmière doit avoir acquis des compétences spécifiques en cancérologie générale et médicale qui sont décrites dans le protocole. De plus, elle doit avoir une expérience professionnelle définie par le protocole.</p> <p>Le protocole prévoit une fiche spécifique détaillée pour la prescription, le suivi et la gestion des effets secondaires de chacun des 12 médicaments anticancéreux oraux déjà établis et qui sera évolutive en fonction des nouvelles autorisations de mise sur le marché (AMM). Ces médicaments sont Afinitor* (everolimus, Novartis), Celtop* (etoposide), Endoxan* (cyclophosphamide), Glivec* (imatinib, Novartis), Navelbine* (vinorelbine, Pierre Fabre), Nexavar* (sorafenib, Bayer), Sutent* (sunitinib, Pfizer), Tarceva* (erlotinib, Roche), Tassigna* (nilotinib, Novartis), Temodal* (témozolomide, Merck & Co), Tyverb* (lapatinib, GSK) et Xeloda* (capecitabine, Roche). L'infirmière déléguée a à sa disposition l'ensemble des fiches de recommandations spécifiques par médicament.</p> <p>Un numéro d'appel unique doit être mis à disposition du patient, de ses proches ainsi que des intervenants extérieurs à l'hôpital, pour assurer la continuité des soins. Il est aussi prévu qu'un médecin d'astreinte, référent des infirmières déléguées, soit présent en permanence sur leur lieu d'exercice.</p> <p>Le protocole comprend une liste de critères d'alerte devant amener l'infirmière à solliciter le jour même l'intervention du médecin. En outre, le protocole prévoit des indicateurs destinés à rendre compte des résultats médicaux, de la satisfaction des acteurs et de l'impact organisationnel.</p> <p>Cette démarche vise à offrir au patient une meilleure réactivité en cas d'apparition de symptômes, une aide à l'observance et une meilleure traçabilité des événements.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Programme de l'INCA d'accès aux thérapies ciblées hors-AMM guidé par la biologie moléculaire</p> <p>Mise en place d'un programme de recherche biomédicale pour encadrer l'accès hors-AMM aux thérapies ciblées (crizotinib et vemurafenib) en fonction des anomalies moléculaires chez des patients cancéreux en échec thérapeutique</p> <p>Dans un contexte caractérisé par l'essor des thérapies ciblées et le développement du diagnostic moléculaire tumoral, il est parfois identifié pour certains patients au stade métastatique ou réfractaire de leur maladie une cible sur leur tumeur qui correspond à une molécule disponible en pré- ou post-AMM dans une autre indication.</p> <p>L'intérêt de ces travaux de recherche est d'assurer la sécurité du patient et le recueil des données scientifiques de sécurité et d'efficacité, d'arrêter un traitement non efficace dans une indication donnée et d'avoir une organisation optimale pour la collectivité</p> <p>Le médicament sera fourni gratuitement par le laboratoire concerné. Des règles d'arrêt strictes seront définies en fonction de la toxicité ou de l'absence d'efficacité.</p> 	

POINTS EVOQUES	DISCUSSION	Documents
	<ul style="list-style-type: none"> <p>• <i>Unicancer demande plus de visibilité sur le financement des anticancéreux en attente de remboursement</i> Le groupe Unicancer a demandé à la ministre des affaires sociales et de la santé, plus de visibilité sur la prise en charge financière des médicaments anticancéreux en attente de l'inscription au remboursement; tels que la trabectédine (Yondelis*) dans les sarcomes, le cabazitaxel (Jevtana*) ou l'ipilimumab (Yervoy*).</p> <p>Les centres de lutte contre le cancer déplorent qu'ils aient à faire face à de nombreux patients qui leur sont adressés, alors que les médicaments ne sont pas remboursés, notamment pour les sarcomes.</p> <p>• <i>Enquête HAS relative au guide d'administration des médicaments</i> L'Has conduit actuellement une enquête sur le guide d'administration des médicaments en vue de mieux s'adapter aux besoins des établissements</p> <p>http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1138415/enquete-guide-outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments</p> <p>• <i>222 établissements expérimenteront une "incitation financière à l'amélioration de la qualité"14.11.12</i> http://www.sante.gouv.fr/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq,11754.html Face au succès de l'appel à candidatures du projet de recherche "Incitation financière à l'amélioration de la qualité" (IFAQ), la DGOS et la Haute autorité de santé (HAS) ont décidé de doubler le panel d'établissements expérimentateurs, indiquent-elles dans un communiqué. Au lieu de 100 (lire notre sujet du 06/07/2012), ce seront 222 structures, publiques et privées, exerçant une activité de Médecine chirurgie et obstétrique (MCO) qui entreront dans le projet (voir la liste des établissements sélectionnés). Soit la moitié des candidats qui se sont manifestés.</p> <p>Pour rappel, le projet IFAQ vise à "expérimenter un mécanisme d'incitation financière à la qualité des établissements de santé fondé sur des indicateurs généralisés, les pratiques exigibles prioritaires de la certification et le degré d'informatisation du dossier du patient, en tenant compte autant de la performance que de la marge de progression des établissements". Il aboutira à identifier des modalités opérationnelles permettant de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des structures.</p> <p>Bien sûr, l'enveloppe financière soutenant le projet a elle aussi été doublée pour atteindre 10 à 14 millions d'euros. Chaque établissement bénéficiera alors d'une rémunération minimale de 50 000 euros et maximale de 500 000 euros.</p> <p>L'expérimentation débutera fin 2012 pour deux ans.</p> <p>• <i>Panorama 2012 des établissements de santé de la DREES</i> Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009</p> <p>http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf</p> 	
Gestion des risques et antibiotiques	<p><i>Les entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu,</i> La prescription des antibiotiques demeure aujourd'hui encore banalisée, d'où l'urgence absolue d'intensifier rapidement les efforts mis en œuvre ces dernières années par les pouvoirs publics, tel le dernier plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016, comme le rappelle le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'Institut de veille sanitaire (INVS). Si elle existe, la prise de conscience n'est pas assez partagée par tous les professionnels de santé, décideurs et usagers estimant que l'évolution rapide des bactéries, couplée à la diffusion des résistances et au tarissement de nouvelles molécules actives, contraignent à envisager à nouveau que la mortalité par infections bactériennes puisse ré-augmenter.</p> <p>Concrètement, parmi les Bactéries multirésistantes (BMR), le BEH atteste d'une hausse significative de la densité d'incidence globale des Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) de 182% sur 2002-2010, passant de 0,17 à</p>	

POINTS EVOQUES	DISCUSSION	Documents
	<p>0,48 pour 1 000 Journées d'hospitalisation (JH). Au sein de ces EBLSE, la part des Escherichia coli (E.coli) est passée de 18,5 à 59,7%. Inversement, la densité des Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) a décliné de 43% en huit ans, en repli de 0,72 à 0,41 pour 1 000 JH. Aussi apparaît-il urgent d'orienter le Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 vers les EBLSE, qui ne font pas partie des objectifs, et ce tant en ville qu'à l'hôpital. En effet, l'émergence des EBLSE préfigure l'émergence déjà constatée des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémase.</p> <p>Par ailleurs, le BEH signale les disparités régionales en densités d'incidence aussi bien sur les EBLSE que les SARM, les premières prédominant dans le Nord, le Sud-Est, les secondes au Nord et au Sud-Ouest. Cette hétérogénéité se reflète aussi sur la consommation d'antibiotiques. Plus globalement, la consommation d'antibiotiques tend à s'accroître à l'hôpital depuis 2006 (+12% en dose définie journalière pour 1 000 JH), notamment l'augmentation de la consommation des céphalosporines de 3^e génération est préoccupante car elle sélectionne plus facilement les entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu. À l'hôpital, la forte progression de la consommation des carbapénèmes implique une surveillance accrue car de nouvelles souches résistantes sont apparues."</p> <p>Dans le même registre, Le Centre d'analyse stratégique (CAS) vient de publier une nouvelle note d'analyse sur les bactéries résistantes aux antibiotiques, qui fait état d'une accélération du phénomène de résistance aux antibiotiques à l'échelle mondiale. Au sein de l'Union européenne, 25 000 patients décèdent chaque année d'une infection due à une Bactérie multi-résistante (BMR). De nouvelles souches de bactéries résistantes à tous les antibiotiques font également leur apparition. En France, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) a signalé des souches d'Acinetobacter baumannii résistant à l'imipénème (ABRI). Leur part dans les infections nosocomiales, qui était de 2 à 3% entre 2003 et 2008, est passée à 11,1% sur les cinq premiers mois de 2011, pour une létalité de 17%.</p> <p>L'apparition de ces nouvelles souches fait craindre un retour à l'ère pré-antibiotiques : augmentation des maladies infectieuses intractables, risques accrus sur des interventions médicales... Qui plus est, les nouveaux antibiotiques mis sur le marché sont rares actuellement, "du fait notamment de la baisse d'investissement des leaders pharmaceutiques dans ce domaine".</p> <p>L'apparition de ces BMR est avant tout due à la surconsommation d'antibiotiques. Si celle-ci a baissé en France entre 2000 et 2010 de 16%, "on observe une légère reprise à la hausse des consommations depuis 2009". Pour enrayer cette augmentation des résistances, le CAS formule quatre propositions. Dans un premier temps, le CAS souhaite promouvoir, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un réseau mondial de surveillance et d'alerte des BMR. A l'intention des médecins, il suggère la mise en place de centres de conseils en antibiothérapie, des logiciels d'aide à la prescription et la recherche de nouveaux tests rapides d'orientation diagnostique.</p> <p>La réduction drastique de la consommation d'antibiotiques chez l'homme et l'animal reste donc une priorité.</p> <p>Pour en savoir plus : BEH bulletin 42-43 http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives centre d'analyse stratégique: Les bactéries résistantes aux antibiotiques http://www.strategie.gouv.fr/content/bacteries-resistantes-antibiotiques-na299</p> <p>Lire aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - site Internet de l'ANSM : dossier thématique antibiotiques http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/(offset)/1 - site Internet du Haut Conseil de la santé publique : www.hcsp.fr - Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 http://www.sante.gouv.fr/plan-national-d-alerte-sur-les-antibiotiques-2011-2016.html - site Internet de l'InVS : http://www.invs.sante.fr 	
Prochaine réunion	Nouveau calendrier à fixer La prochaine réunion aura lieu le 29 janvier 2013 ,	

POINTS EVOQUES	DISCUSSION	Documents
	<p>Le lieu de la réunion vous sera confirmé ultérieurement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Points à aborder à la prochaine réunion</i> <ul style="list-style-type: none"> - Actualités et veille concernant toutes les informations en lien avec la politique du médicament - Chaîne du froid et médicaments - point sur les antidotes - Expérience du CH de Fréjus St Raphael sur l'Arixtra (S Raetz) - réflexion sur bon usage et pousses seringues (L Martin, CHICAS) 	