



Programme de bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé

Guide pour les antibioréférants

Équipe multidisciplinaire en antibiothérapie
de la Sarthe

Ce guide a été réalisé par l'Équipe multidisciplinaire en antibiothérapie de la Sarthe (EMA 72) dans le cadre de ses missions d'appui aux établissements de santé du territoire.

Il est destiné à accompagner les établissements de santé dans la mise en œuvre et le pilotage de leurs programmes de bon usage des antibiotiques.

Toute reproduction, diffusion ou utilisation, même partielle, en dehors de ce cadre, est soumise à l'autorisation préalable de l'EMA 72.

Sommaire

1	Introduction	4
1.1	Contexte	4
1.2	Le « bon usage des antibiotiques »	5
1.3	Rôles de l'antibioréférent et de la CME	5
1.4	Objectifs de ce guide	6
2	Liste des attendus en établissements de santé	7
3	Conseils pour votre pratique d'antibioréférent	13
3.1	Vue d'ensemble	13
3.2	Avant de partir : prendre ses marques	14
3.3	Mettre en œuvre un cycle d'amélioration continue chaque année	17
4	Conclusion	21
5	Fiche mémo – Démarrer et faire vivre un programme de BUA	22

1 Introduction

1.1 Contexte

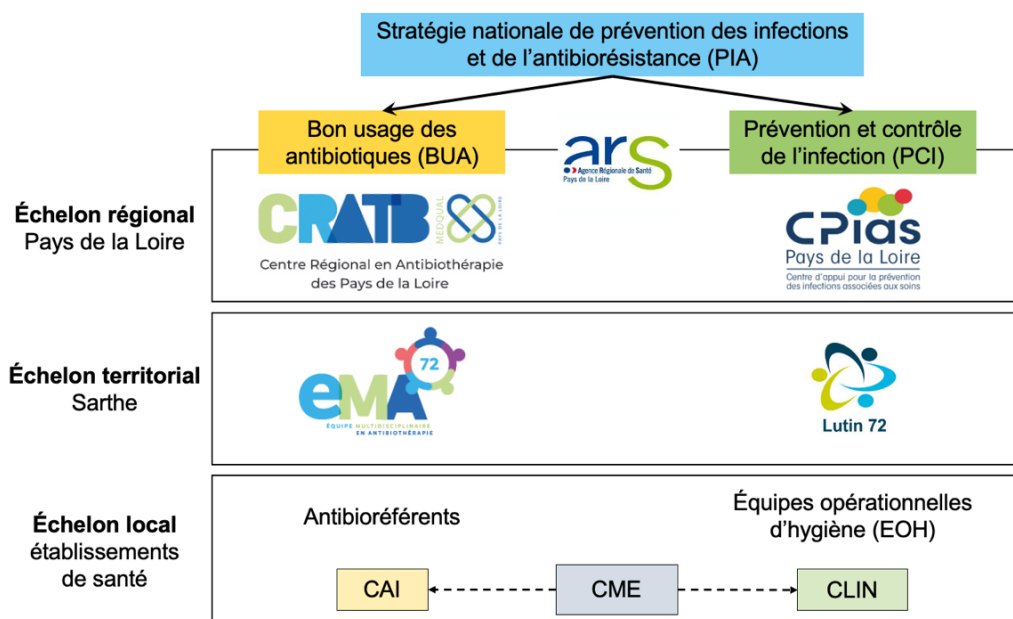
L'antibiorésistance constitue de nos jours un défi majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Elle est principalement liée à l'usage inapproprié et excessif des antibiotiques. Les prescriptions injustifiées, les spectres trop larges ou encore les durées excessives de traitement favorisent l'émergence de résistances, compromettant l'efficacité des traitements et rendant certaines prises en charge de plus en plus complexes.

La lutte contre l'antibiorésistance est donc une priorité de santé publique. Elle repose aujourd'hui dans une approche dite « One Health » (« Une seule santé »), qui reconnaît l'interdépendance entre la santé humaine, la santé animale et l'environnement. Cette approche est portée au niveau international, notamment par l'OMS, et au niveau national à travers plusieurs documents de cadrage stratégique. Parmi eux figurent la feuille de route interministérielle 2024-2034 « Prévention et réduction de l'antibiorésistance, lutte contre la résistance aux antimicrobiens », et, pour ce qui concerne spécifiquement la santé humaine, la [stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance \(PIA\)](#) 2022-2025 (reconduite jusqu'en 2027), qui repose sur deux axes complémentaires et synergiques :

- l'axe « **Prévention et contrôle des infections** » (PCI), porté dans les hôpitaux par les équipes d'hygiène, dont le but est de réduire la transmission des agents infectieux et la survenue des infections, limitant ainsi le recours aux antibiotiques,
- l'axe « **Bon usage des antibiotiques** » (BUA), porté par les infectiologues et les antibioréférents mais à vocation multidisciplinaire (pharmaciens, médecins, biologistes, infirmiers...), dont le but est d'assurer une prescription raisonnée et adaptée des antibiotiques, lorsque cela est nécessaire.

Pour mettre en œuvre cette politique, **différents acteurs opérationnels interviennent à chaque niveau géographique**, mis en place ou confortés par une instruction de la DGS en date du 15 mai 2020, avec pour l'axe BUA et l'axe PCI, respectivement :

- **Au niveau régional**, sous l'égide des ARS : les *centres régionaux en antibiothérapie* (CRATb) d'une part, et les *centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins* (CPIas) d'autre part ;
- **À l'échelon territorial** (celui du GHT ou un territoire plus petit) : les *équipes multidisciplinaires en antibiothérapie* (EMA) d'une part, et les *équipes mobiles d'hygiène* (EMH) d'autre part ;
- **À l'échelon local**, pour les établissements de santé, les *antibioréférents* d'une part, et les *équipes opérationnelles d'hygiène* (EOH) d'autre part ; sous la gouvernance des commissions médicales d'établissement (CME) ou leurs sous-commissions dédiées (CAI et CLIN).



1.2 Le « bon usage des antibiotiques »

On entend par bon usage des anti-infectieux (BUA), incluant notamment les antibiotiques, l'ensemble des stratégies et mesures visant à garantir une **utilisation appropriée de ces médicaments** permettant de **maximiser les bénéfices individuels** pour le patient et de **minimiser les risques individuels et collectifs** (effets indésirables, dont l'antibiorésistance et l'impact sur les microbiotes), dans une perspective « Une seule santé ».

Le BUA comprend donc deux dimensions complémentaires :

- une **dimension clinique, individualisée** pour un patient donné (« bien prendre en charge le patient »),
- et une **dimension stratégique, collective** (« faire en sorte que tout le monde utilise bien les anti-infectieux »).

Compte tenu de ces enjeux, et sauf à placer un infectiologue derrière chaque prescription d'antibiotiques, ce qui est bien sûr irréalisable, la mise en œuvre de programmes structurés de bon usage des antibiotiques constitue le principal levier pour agir à l'échelle collective. On les désigne sous le terme de BUA en français ou d'*antimicrobial stewardship* (AMS) en anglais. Plutôt que de s'appuyer sur une expertise individuelle à chaque prescription (autrement dit 100% de BUA obtenu via 100% d'avis), cette approche repose sur la mise en place de conditions favorables à des prescriptions de qualité, même en l'absence d'avis spécialisé. Un programme de BUA vise donc à organiser l'environnement des prescripteurs pour que ceux-ci puissent utiliser les antibiotiques de manière éclairée et autonome : référentiels, outils d'aide à la décision, formations, surveillance des consommations, garde-fous organisationnels (réévaluation automatique à 48-72 h, dispensation contrôlée de certains antibiotiques, etc.). Un programme de BUA efficace tend ainsi vers une situation où 100% des prescriptions sont appropriées, avec un recours minimal aux avis infectiologiques directs.

L'objectif reste le même que celui d'un avis infectiologique : garantir la pertinence de la prescription. Mais ici, l'action s'inscrit en amont, de façon systémique, durable et « dans l'ombre », pour accompagner les professionnels dans leur pratique quotidienne. Oui, l'avis infectiologique reste un outil précieux, mais il ne peut pas, à lui seul, répondre à l'ampleur du défi. On vise ainsi à rendre les prescripteurs autonomes : au lieu de « donner un poisson » en donnant un avis à un prescripteur, on lui « apprend à pêcher » – c'est-à-dire à prescrire mieux, durablement, grâce à un cadre, des outils, et une culture partagée du bon usage.

C'est souvent moins visible, moins immédiat... mais plus profond, plus structurant, plus efficace dans la durée.

1.3 Rôles de l'antibioréférent et de la CME dans les établissements de santé

Ils sont définis en premier lieu par le **code de la santé publique**, notamment aux articles L.6111-2, R.6144-2 et surtout R.6111-10. Ce dernier précise la répartition des responsabilités entre la CME et l'antibioréférent :

Article R.6111-10 du code de la santé publique :

« La CME élabore :

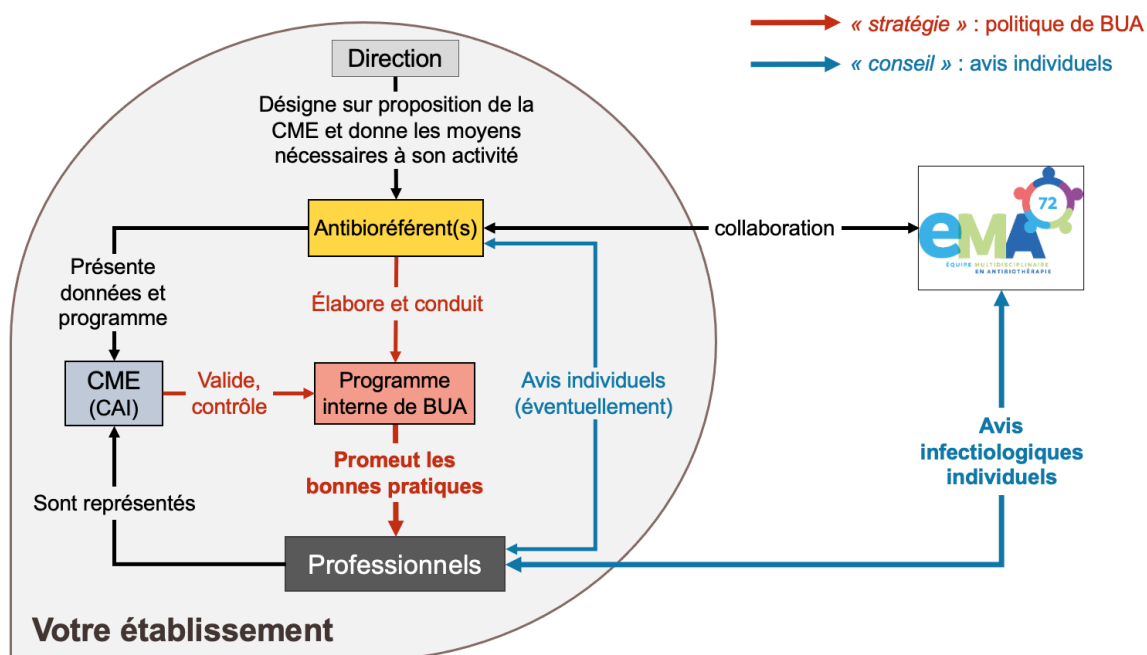
- Un **programme** d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, **en matière de bon usage des médicaments notamment des antibiotiques** [...];
- Des **préconisations en matière de prescription** [...] des médicaments notamment les antibiotiques. [...]

*En vue d'(en) assurer la mise en œuvre, le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la CME, un **référent en antibiothérapie**. Ce référent **assiste la CME** dans la proposition des **actions de bon usage des antibiotiques** et l'**élaboration des indicateurs de suivi** de mise en œuvre de ces mesures ; il organise le conseil thérapeutique et diagnostique dans l'établissement. Une même personne peut assurer cette fonction au sein de plusieurs établissements de santé dans le cadre d'une action de coopération. »*

La CME peut choisir de déléguer ses attributions en matière de BUA à une sous-commission dédiée. Dans ce cadre, une structure spécifique, le plus souvent appelée « commission des anti-infectieux » (CAI ou COMAI), peut être instituée. Agissant par délégation, elle rend compte de ses travaux à la CME et exerce ses missions selon des règles de fonctionnement formalisées et validées par cette dernière.

En pratique, le fonctionnement repose sur une articulation claire entre la commission compétente en matière de BUA (CME ou CAI par délégation) et l'antibioréférent :

- La **CME** (ou la **CAI**) assure la gouvernance du programme. C'est un lieu d'échanges pour définir les actions à conduire dans l'établissement. Elle donne la légitimité institutionnelle au programme de BUA.
- L'**antibioréférent**, quant à lui, en est le pilote opérationnel :
 - Il élabore le programme d'action et le présente en CME/CAI pour discussion et validation,
 - Il en assure la mise en œuvre sur le terrain,
 - Il présente chaque année un rapport d'activité avec les résultats obtenus et les pistes d'amélioration.



Ce modèle est d'ailleurs parfaitement cohérent avec l'organisation du programme de la prévention des infections associées aux soins (axe PCI), sans doute mieux connue dans les établissements :

- L'**antibioréférent** joue un rôle similaire à celui de l'**équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)** pour le BUA,
- Tandis que la **CAI** tient une fonction équivalente à celle du **CLIN**, tous deux sous-commissions de la CME.

Ce parallèle peut aider à mieux comprendre les rôles et l'articulation entre l'opérationnel (EOH / antibioréférent) et la responsabilité institutionnelle (CLIN / CAI).

1.4 Objectifs de ce guide

Ce guide a pour objectif de fournir un cadre pratique et structuré aux antibioréférents, afin de les accompagner dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de leur programme de BUA, tout en tenant compte des spécificités de chaque établissement.

Il peut également être utile aux directions, aux présidents de CME et aux services qualité des établissements, en leur apportant une meilleure compréhension de leurs rôles respectifs dans la mise en place et le soutien des programmes de BUA, ainsi que dans l'accompagnement des antibioréférents.

2 Liste des attendus en établissements de santé

Ce chapitre présente les **attendus nationaux en matière de bon usage des antibiotiques (BUA) en établissements de santé (ES)**, tels qu'ils résultent des textes réglementaires et des référentiels nationaux en vigueur.

Le cadre national du BUA repose aujourd'hui sur plusieurs sources, élaborées à des moments différents et par des acteurs distincts. Il est donc nécessaire de prendre le temps de décortiquer ce cadre, afin d'en comprendre la logique d'ensemble.

Les principales sources sont les suivantes :

- **Le Code de la santé publique**, notamment l'article R.6111-10 présenté au chapitre précédent, qui précise le rôle de la CME en matière de BUA, institue la fonction de référent en antibiothérapie et définit le lien entre ces deux niveaux. Il s'agit d'un cadre juridique général.
- **L'instruction DGS/Mission antibiorésistance/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2020/79 du 15 mai 2020**, relative à la mise en œuvre de la prévention de l'antibiorésistance sous la responsabilité des ARS, et en particulier sa **fiche réflexe n° 4** qui a posé les bases des éléments clés d'un programme de BUA en ES. Bien que datant de 2020, ce document demeure structurant et toujours d'actualité ; il s'inscrit dans la continuité de dispositifs antérieurs, notamment l'ICATB2, ancien dispositif d'évaluation porté par la HAS, que certains ont pu connaître.
- **Le manuel de certification des établissements de santé publié par la HAS (version 2025)**, qui fait du bon usage des antibiotiques un critère impératif de la certification (critère 2.4-02). Ce critère est ensuite explicité dans la **fiche pédagogique HAS relative à l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse**, qui structure les attendus en **six éléments-clés** : formation des prescripteurs, désignation d'un référent en antibiothérapie, existence d'un référentiel en antibiothérapie, justification (à l'initiation) et réévaluation (à 48-72 h) des prescriptions, évaluation de la pertinence des prescriptions, et surveillance des consommations et des résistances. À la date de mise à jour de ce guide, la version la plus récente de cette fiche date de janvier 2026.
- **La fiche conseil de la mission nationale SPARES**, publiée en octobre 2025 et intitulée « *Pertinence des prescriptions d'antibiotiques : préparer la certification* », centrée sur la préparation à la certification HAS. Cette fiche s'appuie à la fois sur la fiche pédagogique de la HAS (organisation en six éléments-clés) et sur la fiche réflexe de l'instruction DGS de mai 2020.

Face à cette multiplicité de sources, le présent chapitre en propose une synthèse, et surtout une lecture structurée et orientée « terrain », afin d'aider à comprendre comment ces exigences peuvent s'articuler au sein d'un programme cohérent, piloté dans le temps, et adapté au contexte local.

Pour plus de clarté, nous avons classé ces attendus en 3 volets structurants :

- **Volet 1 : Organisation et gouvernance de la politique de BUA**
- **Volet 2 : Mise à disposition d'un référentiel, d'outils et de formations pour les prescripteurs**
- **Volet 3 : Surveillance, évaluation, analyse et contrôle de la consommation d'antibiotiques**

L'ensemble contribue au respect du critère impératif HAS 2.4-02.

Les commentaires/interprétations de l'EMA 72 figurent de cette manière. Ils constituent une aide à l'interprétation, sans valeur réglementaire.

Volet 1 : Organisation et gouvernance

1. Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques. En fonction de l'organisation de l'établissement de santé, la commission médicale d'établissement (CME) peut déléguer ses attributions en matière de bon usage des anti-infectieux à une commission spécifique. Cette commission spécifique est alors officiellement chargée, par le président de la CME, du bon usage des antibiotiques et est représentée au sein des réunions stratégiques de l'établissement (ex. CME, commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles [COMEDIMS]).

Cette organisation relève d'une obligation définie par le Code de la santé publique (article R.6111-10).

Depuis la loi HPST de 2009, qui a supprimé les sous-commissions obligatoires du code de la santé publique, la CME est, réglementairement, responsable de ce programme. Elle peut en assurer directement le pilotage ou choisir de le déléguer à une sous-commission dédiée (CAI), ou à une sous-commission rattachée à une thématique proche (COMEDIMS, CLIN).

Nous encourageons fortement la délégation à une instance dédiée (CAI), ou à défaut une articulation formalisée CAI-COMEDIMS ou CAI-CLIN, afin de faciliter le pilotage de votre programme de BUA.

La commission en charge du BUA doit inclure des représentants des principales disciplines prescriptrices de l'établissement (urgences, gériatrie, pédiatrie, réanimation...) et doit se réunir régulièrement selon une fréquence définie, par exemple une fois par trimestre.

2. Il existe un référent en antibiothérapie dans l'établissement, désignés par les représentants légaux de l'établissement.

Il s'agit toujours d'une obligation réglementaire définie par le code de la santé publique (article R.6111-10). Il est, de fait, le pilote opérationnel du programme, chargé de son élaboration et de sa mise en œuvre, sous la gouvernance de la CME/CAI.

Le rôle et l'implication du référent sont évalués lors des visites de certification HAS, les experts-visiteurs pouvant s'entretenir directement avec lui.

Un temps dédié doit être formalisé pour l'exercice de cette mission. À ce jour, il n'existe pas de cible nationale actualisée. À titre indicatif, les repères issus de l'ICATB2 peuvent être retenus : 0,3 ETP pour 400 lits de MCO et 0,1 ETP pour 400 lits de SMR/SLD/PSY.

3. Le référent en antibiothérapie doit établir et mener un plan d'action annuel de la stratégie de bon usage des antibiotiques, ainsi qu'un bilan d'activité annuel des actions réalisées et une présentation des plans d'actions et bilans annuels à la CME.

Même en présence d'une CAI, une présentation synthétique en CME du plan d'action et du bilan annuel est souhaitable, afin de maintenir une information régulière de l'ensemble de la communauté médicale et tracer l'implication de la gouvernance.

4. Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, l'EMA du GHT, le pharmacien et le microbiologiste sont définies.

Entre le référent et l'EMA, cette collaboration est évoquée au niveau national par l'instruction DGS du 15/05/2020, et, localement, elle doit être définie explicitement à travers la rédaction de conventions inter-établissements.

Au sein de votre établissement, constituez un binôme référent (idéalement clinicien-pharmacien) du programme de BUA. Ainsi, si vous êtes clinicien, identifiez un pharmacien de votre établissement avec qui vous pourrez collaborer sur le programme de BUA et prévoyez des temps d'échange réguliers. Si vous êtes pharmacien, faites-en de même avec un clinicien de votre établissement. Associez de la même façon un biologiste si votre établissement en comporte.

5. Chaque service identifie un prescripteur qui est correspondant en antibiothérapie. Ce correspondant a pour rôle d'aider le référent à mettre en place la stratégie locale promouvant le bon usage des antibiotiques dans son service. Les correspondants sont nommés officiellement par la CME et font partie de la commission en charge du bon usage des antibiotiques.

Il s'agit de constituer ensuite le relais de vos actions dans les différents services de votre établissement. L'idée est d'identifier les « leaders » impliqués pour le BUA dans chaque service. Ces personnes composeront la CAI si une CAI est mise en place.

Il peut s'agir de la même personne que le correspondant en hygiène, au vu des objectifs communs entre ces deux domaines (lutte contre les infections et l'antibiorésistance).

6. Un membre de la direction de l'établissement, nommé par le Directeur, est en appui sur les actions du référent en antibiothérapie, au regard des objectifs définis.

C'est en effet un point crucial, à clarifier auprès de votre direction, afin de faciliter la mise en œuvre de vos actions dans votre établissement. Cette désignation doit être formalisée par écrit par le directeur de l'établissement, au même titre que le référent en antibiothérapie.

7. Des solutions informatiques sont mises en place pour faciliter les activités du programme de bon usage des antibiotiques en veillant notamment à assurer une connexion informatique entre les secteurs d'activité des

prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie. La prescription des antibiotiques est informatisée, avec une transmission automatique des données à la pharmacie.

Les prescriptions de médicaments doivent être informatisées dans tous les services, y compris les services de soins critiques ou les secteurs d'hémodialyse.

Les résultats de laboratoire doivent être facilement accessibles via le dossier patient informatisé (DPI) et surtout, présentés de façon claire, y compris concernant les commentaires des biologistes sur l'interprétation des résultats et des antibiogrammes.

Volet 2 : Mise à disposition d'un référentiel, d'outils et de formations pour les prescripteurs

8. Chaque prescripteur a accès en heures ouvrées à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie.

Ce critère est de fait rempli du lundi au vendredi : infectiologue du CHM joignable par télé-expertise (réponse dans la journée) ou, en cas d'avis urgent, télé-expertise accompagnée d'un appel sur la ligne d'avis d'infectiologie via le standard du CHM. La réalisation d'une télé-expertise est en effet essentielle afin de garantir une traçabilité de l'avis donné.

Une autre option pour garantir une traçabilité écrite serait de mettre en place un dossier patient informatisé commun au GHT ou à défaut, l'accès au DPI inter-établissement, permettant non seulement de tracer directement l'avis dans le dossier du patient, mais aussi d'offrir à l'infectiologue une vue d'ensemble des données médicales et des soins, ce qui améliorerait la qualité de l'avis émis. Le DPI commun demeure un des projets du GHT.

9. Il existe un référentiel, actualisé régulièrement, sur l'antibiothérapie (curative ou préventive) de 1^{ère} intention des situations cliniques et infections les plus courantes (ce référentiel peut être un référentiel national). Ce référentiel inclut également une aide à la démarche diagnostique (incluant les bonnes pratiques de prélèvement / l'interprétation des principaux examens biologiques). Une stratégie active de diffusion du référentiel auprès des prescripteurs (en poste ou en formation) est déployée.

L'EMA 72 encourage l'utilisation du e-POPI comme référentiel de 1^{ère} intention, normalement déjà déployé dans tous les établissements du GHT. Il doit être accessible à partir du portail intranet sur tous les postes informatiques de l'établissement. Ce référentiel national, élaboré par le Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales, est régulièrement mis à jour en fonction des recommandations. Il couvre un large champ : des fiches synthétiques sur la plupart des infections avec une description clinique, la démarche diagnostique et les recommandations de traitement, mais aussi des recommandations sur l'antibioprophylaxie chirurgicale, la vaccination, et des fiches sur les principaux agents infectieux et sur les médicaments anti-infectieux (avec notamment posologies, effets secondaires, etc.).

L'e-POPI peut être complété par des protocoles internes aux établissements (accessibles via la GED), mais avec le risque de mises à jour non régulières rendant ces documents obsolètes. L'harmonisation des protocoles concernant le BUA sur le GHT est un des objectifs de l'EMA 72, sur quelques sujets ciblés : soit lorsque le e-POPI s'avère insuffisant (cas très rare), soit lorsqu'il est trop généraliste pour certaines situations nécessitant une adaptation locale (par exemple, les conduites à tenir en cas d'AES, qui relèvent aussi de l'organisation interne). Dans l'attente d'une gestion documentaire commune au GHT, chaque établissement reste responsable des documents incrémentés dans sa GED.

10. Des tests rapides d'orientation diagnostique (notamment TROD angine) sont présents dans les services d'urgence.

C'est un critère très simple à mettre en œuvre si ce n'est pas déjà fait : TROD angine (streptotest) à mettre à disposition dans les services d'urgence et de pédiatrie, ou en l'absence de tels services dans votre établissement, dans un endroit identifié et facilement accessible aux prescripteurs.

Pour grippe/Covid-19/VRS, il est aussi possible d'utiliser des tests antigéniques, à condition que leur utilisation soit encadrée par une stratégie d'établissement (pourquoi, quand...) et que leurs avantages et inconvénients soient bien compris de tous. Dans tous les cas, ils doivent être confirmés par des tests PCR classiques, plus sensibles et spécifiques.

11. Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires, ainsi qu'une formation régulière des prescripteurs déjà en poste est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques. Cette procédure doit être approuvée par la CME.

En plus des formations que vous pouvez organiser vous-même, l'EMA 72 propose :

- Au moins 2 sessions par an de formation en visio (objectif 3/an), à destination spécifiquement des professionnels des établissements de santé du territoire (mise en place en décembre 2025),
- Sur demande, un déplacement annuel dans les établissements pour une formation présentielle.

Volet 3 : Surveillance, évaluation, analyse et contrôle de la consommation d'antibiotiques

12. Toute antibiothérapie initiée ou modifiée doit être argumentée dans le dossier patient.

Il s'agit avant tout d'un réflexe à installer durablement chez l'ensemble des prescripteurs, qu'ils soient déjà en poste, nouvellement arrivés (internes, nouveaux médecins) ou intérimaires. L'objectif est d'en faire une pratique systématique. Des rappels réguliers à la communauté médicale (CME) peuvent être utiles, ainsi que lors de l'accueil des nouveaux médecins (début des stages d'internes, embauches...).

Ce point peut être évalué dans le cadre d'une EPP, notamment via le Quick ÉVAL Antibio, outil développé par la mission SPARES et disponible en ligne.

13. La réévaluation de la pertinence d'une prescription antibiotique entre la 24^e et la 72^e heure est réalisée et tracée dans le dossier.

Comme pour l'item précédent, la réévaluation de l'antibiothérapie à 24-72 h doit devenir un réflexe systématique pour toute prescription.

Pour en assurer la mise en œuvre, une procédure validée par la CME/CAI doit être formalisée. La solution la plus fréquente repose sur une alerte dans le logiciel de prescription invitant le médecin à réévaluer l'antibiothérapie dans ce délai. L'alerte peut être bloquante, c'est-à-dire que la prescription s'arrête si la réévaluation n'a pas eu lieu : il s'agit d'une mesure certes efficace mais qui peut aussi être dangereuse notamment en période de week-end. À l'inverse, les alertes non bloquantes peuvent être tout simplement ignorées. Cet item constitue donc une difficulté pratique majeure, à la fois organisationnelle et technique, et représente sans doute l'un des aspects les plus sensibles pour les visites de certification, bien qu'il s'agisse d'un principe fondamental du BUA.

14. Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement. Leur prescription entraîne une dispensation nominative, une nécessité de réévaluation à 48-72 h et leur consommation est suivie. La liste des antibiotiques « ciblés » reprend au minimum la liste des antibiotiques « critiques » établie par l'ANSM ; d'autres antibiotiques peuvent être ajoutés en fonction de l'épidémiologie de l'établissement.

Ce point marque un changement de niveau : pour certains antibiotiques, la seule justification et réévaluation par le prescripteur ne suffisent plus et une surveillance institutionnelle est attendue. Il s'agit des antibiotiques dits « ciblés », dont la liste est définie par la CME/CAI.

La liste des antibiotiques « critiques » établie par l'ANSM et actualisée en 2015 regroupait 2 notions : les antibiotiques « particulièrement générateurs de résistance » et les antibiotiques « de derniers recours ». En 2022 (soit après la publication de ces attendus), une nouvelle classification en 3 groupes a été proposée par la SPILF, déclinées pour la ville et pour les établissements de santé.

Pour les établissements de santé, il s'agit de :

- 1) Groupe I : antibiotiques à utilisation préférentielle
 - en pratique, les molécules n'appartenant ni au groupe II ni au groupe III
- 2) Groupe II : molécules à indication restreinte
 - les associations pipéracilline-tazobactam et ticarcilline-acide clavulanique,
 - toutes les céphalosporines à partir de la 3^e génération (IV/PO) et la céfoxitine,
 - toutes les fluoroquinolones (à l'exception de la delafloxacine),
 - la daptomycine, le linézolide et le tédzolide,
 - l'acide fusidique, la rifampicine, la rifabutine et le thiamphénicol.
- 3) Groupe III : molécules réservées
 - les associations ceftazidime-avibactam, ceftolozane-tazobactam et le céfidérol,
 - tous les carbapénèmes et les associations imipénème-relebactam et méropénème-vaborbactam,
 - la delafloxacine, la dalbavancine, la tigécycline, la colistine, la fosfomycine IV et la streptomycine.

La liste des antibiotiques ciblés doit être pensée de façon graduée, et comprendre :

- toutes les molécules du groupe III (impérativement),
- idéalement toutes celles du groupe II, ou à défaut une sélection d'entre elles,

- les molécules du groupe I, en cas de détection d'une surconsommation évidente (par exemple, des données aberrantes par rapport aux autres établissements comparables) ou identification d'un problème particulier.

15. Pour les antibiotiques « de dernier recours », il est préconisé :

- Une dispensation contrôlée par le pharmacien ;
- Une prescription initiale limitée à 3 jours, mentionnant en particulier les données cliniques permettant au pharmacien de réaliser la dispensation contrôlée ;
- Une nouvelle prescription nécessaire au-delà de J3 ;
- Un avis d'un infectiologue / du référent avant le 3e jour et à nouveau au 7e jour ;
- Un suivi renforcé en matière de consommation et de résistance.

Les antibiotiques « de derniers recours » sont assimilables à ceux du groupe III (molécules réservées). Dans l'absolu, l'EMA 72 encourage totalement la mise en œuvre de cette préconisation. Néanmoins, ces instructions peuvent être difficiles à mettre en œuvre pour les établissements sans garde pharmaceutique, dans le cas où un de ces antibiotiques doit être débuté en urgence (notamment pour les carbapénèmes). Cela renvoie à la question du référencement des antibiotiques, c'est-à-dire à définir quels sont les antibiotiques à mettre en dotation dans les armoires dans les services / les antibiotiques stockés à la pharmacie uniquement (avec dispensation contrôlée par le pharmacien) / les antibiotiques référencés mais sans stock permanent à la pharmacie.

En cas de mise en place d'une armoire de garde comprenant ces antibiotiques, les modalités d'accès et de surveillance des consommations doivent être définies (par exemple : stock pour 24 ou 48 heures seulement de traitement puis contrôle obligatoire par le pharmacien, etc.).

À noter que l'harmonisation du référencement des anti-infectieux sur le GHT est un des projets de l'EMA 72 pour 2026.

16. Pour les antibiotiques « particulièrement générateurs de résistances », il est préconisé :

- Une dispensation contrôlée par le pharmacien ;
- Une nécessité de réévaluation à 48h-72h ;
- Un suivi renforcé en matière de consommation et de résistance.

Même commentaire que le point précédent. Les antibiotiques particulièrement générateurs de résistance sont assimilables à ceux du groupe II (molécules à indication restreinte). En cas d'organisation d'un suivi pour une molécule du groupe I, ces préconisations s'appliquent également.

17. Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie. Cette procédure d'alerte peut concerner : des antibiotiques « ciblés », un ou des micro-organismes spécifiques, et/ou un ou des sites infectieux spécifiques (ex : hémocultures positives). Une alerte se traduit par une action spécifique auprès des personnes destinataires de cette dernière. Elle a pour objectif une réévaluation de la prescription du patient par le prescripteur, le référent en antibiothérapie ou l'infectiologue, selon la procédure en place dans l'établissement. Elle peut être réalisée par différents moyens (téléphone, informatique, réunion).

Ce point est à comprendre en complément de l'item 13. Toute antibiothérapie doit être réévaluée entre 48 h et 72 h, le plus souvent par le prescripteur lui-même, notamment via une alerte informatique. Mais pour certaines situations à risque (antibiotiques ciblés, micro-organismes spécifiques, sites infectieux particuliers), une procédure d'alerte complémentaire, validée par la CME/CAI, doit être mise en place. Elle permet une surveillance renforcée et peut impliquer la pharmacie et/ou le référent en antibiothérapie.

Ces modalités doivent être formalisées au niveau institutionnel. En définitive, nous recommandons de définir clairement, dans un ou plusieurs documents cadres validés en CME/CAI, la liste des situations concernées (antibiotiques ciblés, BMR, hémocultures positives, etc.) et les modalités de surveillance associées, afin d'assurer la cohérence des items 13 à 18.

18. Les modalités de contrôle / réévaluation des prescriptions de tous les antibiotiques sont déterminées par l'établissement. Les contrôles peuvent consister, par exemple, en une vérification, lors de la dispensation initiale, du renouvellement ou de la réévaluation, de la présence d'une argumentation microbiologique, de la conformité à des protocoles d'antibiothérapie, de l'obtention de l'avis d'un infectiologue ou du référent, de l'adaptation aux données du suivi thérapeutique.

19. Il existe des visites systématiques du référent dans certains secteurs à risque, définis par la commission des anti-infectieux.

De telles visites peuvent être mises en place notamment lorsque des anomalies sont constatées lors de l'analyse des consommations ou des résistances.

20. Il existe dans l'établissement une surveillance de la consommation des antibiotiques rapportée à l'activité et une surveillance des données de résistance bactérienne. Cette surveillance standardisée se fait dans le cadre des missions nationales des CPIas, ici la mission de surveillance et de prévention de l'antibiorésistance pour les établissements de santé, appelée SPARES, pilotée par Santé Publique France. Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques. Ces données de surveillance sont restituées à toutes les disciplines participantes, avec établissement après concertation d'un plan d'action personnalisé et d'objectifs à atteindre. Ces données de surveillance et le plan d'action (avec priorisation des actions à mener) sont également présentés en CME.

La mission SPARES a été reprise en 2025. Ces données peuvent vous servir pour élaborer votre plan d'action, par exemple en cas de détection de consommation anormalement élevée d'un ou de plusieurs antibiotiques, ou de problèmes de résistances particulières. Une collaboration avec le laboratoire et l'EOH est nécessaire pour ce qui concerne les données de résistance (généralement présentées en CLIN).

21. Il existe au moins annuellement, dans certains services ou l'ensemble de l'établissement, un audit évaluant la pertinence des antibiothérapies (ciblant également si possible la démarche diagnostique) :
- Différents critères peuvent être évalués, notamment : respect de la molécule recommandée, de la durée, de la posologie, évaluation de la réévaluation / réadaptation du traitement ;
 - Les résultats de l'évaluation sont restitués (le plus rapidement possible) à toutes les disciplines participantes, avec établissement après concertation d'un plan d'action personnalisé et d'objectifs à atteindre ;
 - Les résultats des évaluations et leur plan d'actions sont présentés en CME périodiquement.

Il existe des audits « obligatoires » dans le cadre des IQSS publiés par la HAS et dans le cadre du CAQES (contrat tripartite entre les établissements de santé, l'ARS et l'assurance maladie), permettant de bénéficier d'intéressements financiers pour l'établissement :

- IQSS : il s'agit de l'indicateur ATBIR «Taux de patients hospitalisés ayant une prescription d'antibiotiques inférieure ou égale à 7 jours pour une infection respiratoire basse » demandé tous les 2 ans (en 2023 sur des données 2022, 2025 sur des données 2024...). Cet indicateur concerne le secteur MCO uniquement.
- CAQES : il s'agit d'un indicateur régional pour les Pays de la Loire (REG 4.1 : Pertinence de la prescription des antibiotiques dans les infections urinaires), demandé tous les 2 ans (en 2023 sur des données 2022, 2025 sur des données 2024, etc.). Tous les établissements sont concernés.

D'autres audits peuvent être réalisés de votre propre chef sur le thème de votre choix, en particulier les années sans audit obligatoire. La mission SPARES met à disposition une sélection d'outils d'audit (<https://www.preventioninfection.fr/spares/>) très utiles.

Ces attendus nationaux constituent le **éléments clés d'un programme de BUA en établissement de santé**. Ils doivent permettre à chaque établissement d'identifier son niveau de maturité en matière de politique de BUA et d'élaborer son programme d'action annuel.

3 Conseils pour votre pratique d'antibioréférent

3.1 Vue d'ensemble

 **Mener un programme de BUA, c'est un peu se lancer comme dans un long voyage en voiture...**

Avant de partir, il faut **prendre ses marques** :

- **Savoir d'où on part, où on veut aller, et avoir une idée du chemin à parcourir** : faire l'état des lieux dans votre établissement, viser la réduction des prescriptions inappropriées, faire grandir la culture du bon usage.
- **Une voiture fiable et du carburant** : un vrai soutien de la direction et de la communauté médicale, un temps ETP dédié, des moyens concrets.
- **Des co-pilotes** : votre équipe BUA et vos partenaires dans l'établissement.

Puis vient **la route** :

- On **planifie l'itinéraire (PLAN)**
- On **avance (DO)**
- On **surveille sa trajectoire** grâce au tableau de bord **(CHECK)**
- On **ajuste la trajectoire** si besoin, pour rester sur la bonne voie **(ACT/ADJUST)**

Et surtout, vous ne roulez pas seul : vous embarquez une équipe, une structure de gouvernance (CME, CAI) et la direction. L'EMA 72 peut également être sollicitée pour un appui ; cet accompagnement est prioritairement destiné aux établissements conventionnés, dans le cadre défini par leur niveau de conventionnement.

 **Mais tout voyage a ses zones de turbulence...**

Même avec une bonne carte et les bons passagers, un défi subsiste : **faire reconnaître la valeur d'une mission qui n'est pas directement clinique**. Pour beaucoup (et parfois pour soi-même), les activités hors du soin sont perçues comme abstraites, secondaires, quand ce n'est pas tout bonnement futile. Pourtant, elles sont utiles et même indispensables. Il est donc essentiel d'être convaincu, dès le départ, de l'importance de cette mission (au-delà des obligations réglementaires...), dans un contexte où l'antibiorésistance constitue un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir.

Non, il ne s'agit pas de « rester dans un bureau à ne rien faire », mais bien de construire, piloter, organiser, former, suivre et agir. Ce travail est réel, structurant, et mérite d'être reconnu. Pour que votre engagement porte ses fruits, il vous faudra communiquer, obtenir un vrai soutien de votre direction et de vos collègues, montrer que vous êtes actif et utile, réserver clairement votre temps ETP à cette mission (car sinon, rien ne pourra se mettre en place, et le sentiment d'inutilité pourrait s'installer)... et, dans l'idéal, faire progresser les indicateurs de suivi au fil du temps.

Il faudra donc faire identifier clairement votre rôle d'antibioréférent dans l'établissement. Trop souvent, il est confondu ou noyé dans celui des hygiénistes, plus familiers pour la direction et les équipes (« le risque infectieux »). Pourtant, ces missions, si elles partagent un objectif commun – améliorer la qualité des soins et prévenir les infections et l'antibiorésistance – sont à la fois distinctes et complémentaires :

- ◆ **Prévention et contrôle des infections (PCI)** : limiter la transmission des agents infectieux,
- ◆ **Bon usage des antibiotiques (BUA)** : réduire la pression de sélection par une prescription raisonnée,
- ➡ Ensemble, elles constituent les **deux piliers** de la lutte **contre les infections et l'antibiorésistance**.

Les équipes d'hygiène (axe PCI) sont en général bien identifiées, même si leur mission est non clinique : leur ancrage institutionnel, leur structuration en équipe et leur visibilité leur confèrent une légitimité forte. À l'inverse, le **rôle d'antibioréférent reste fragile**, car confié à un médecin ou un pharmacien déjà en poste, souvent sans temps réellement dégagé ni reconnaissance claire, et parfois sans formation spécifique préalable. Or, s'investir dans cette mission implique forcément de réduire son activité clinique – ce qui peut être mal perçu, voire décrédibilisant, si la fonction BUA est mal comprise. C'est précisément pour cela que votre engagement doit s'appuyer sur une visibilité forte, une dynamique collective et un soutien institutionnel clair.

Ce rôle est d'autant plus valorisant qu'il exige des compétences transversales rares : piloter un programme qualité, mobiliser les professionnels, faire changer les pratiques à l'échelle d'un établissement. Or, les médecins et pharmaciens sont avant tout formés à la prise en charge individuelle des patients. Endosser ce rôle implique donc d'acquérir des compétences nouvelles, à la fois médicales, organisationnelles et stratégiques.

Un conseil : collaborez et rapprochez-vous des hygiénistes

Être antibioréfèrent, tout seul, ce n'est pas facile. Quand on manque de temps, qu'on gère un service en parallèle, ou qu'on se sent isolé, porter un programme de bon usage peut sembler lourd. Alors **entourez-vous**. Bien sûr, des pharmaciens (si vous êtes médecin) ou des médecins (si vous êtes pharmacien), et associez les biologistes s'ils sont présents dans l'établissement. Cette équipe forme le socle du pilier BUA.

Mais rapprochez-vous aussi des hygiénistes, qui constituent, eux, le socle de l'autre pilier (PCI). Ils ont l'expérience des démarches qualité en établissement, le sens de l'organisation collective, et la même vision stratégique. Ils sauront vous comprendre, vous soutenir, vous guider. D'ailleurs, cette synergie est probablement l'évolution naturelle à venir : des réflexions sont en cours au niveau national pour faire converger véritablement les axes PCI et BUA, en mutualisant sans doute les équipes. Ce serait plus clair, plus lisible pour les directions, et surtout plus efficace sur le terrain. **Alors autant travailler ensemble dès maintenant.**

*Ce qui suit vous propose des repères concrets pour structurer votre mission et avancer pas à pas avec méthode. Il s'agit moins d'un mode d'emploi rigide que d'un guide de terrain, à adapter selon la configuration de votre établissement. **Une fiche mémo synthétique est disponible en annexe pour un accès rapide.***

3.2 Avant de partir : prendre ses marques

Si vous commencez à partir de zéro (première année en tant qu'antibioréfèrent ou peu d'actions menées dans le passé), une période de mise en condition est nécessaire pour pouvoir être efficient ensuite. Cela implique un temps d'observation et d'identification des priorités (savoir d'où on part, où on veut aller et la difficulté estimée du parcours), d'obtenir le soutien de la direction et de la communauté médicale (la voiture et le carburant), et de recruter une équipe BUA à vos côtés (vos co-pilotes et passagers). Cette période peut aussi inclure un temps de formation complémentaire spécifique à l'antibiothérapie (par exemple, un DU d'antibiothérapie)... c'est-à-dire passer votre code de la route. Comptez entre 6 et 12 mois pour cette phrase préparatoire.

1. Savoir d'où on part, où on veut aller et estimer la difficulté du parcours

Commencez par identifier des interlocuteurs dans différents services et recueillir leurs avis sur l'usage des antibiotiques dans l'établissement :

- **Pharmaciens** : quelles sont les consommations d'antibiotiques ? écarts de pratiques observés ? y a-t-il une liste d'antibiotiques ciblés ou un contrôle des dispensations ?
- **Médecins prescripteurs** : comment considèrent-ils leurs pratiques ? manquent-ils de formation continue ? ont-ils accès facilement aux recommandations ou à des avis en infectiologie ?
- **Laboratoire de microbiologie** : quelle est l'épidémiologie bactérienne dans l'établissement ? fréquence des bactéries multi-résistantes ? fréquence des infections à *C. difficile* ?
- **Équipe opérationnelle d'hygiène** : quelle est l'implication des équipes dans le programme PCI ?
- **Service qualité – gestion des risques** : nombre d'événements indésirables en lien avec l'antibiothérapie ? existence de protocoles locaux en infectiologie ? sont-ils à jour ? résultats d'audits ou autres actions en faveur du BUA (même anciens) ?

En parallèle, comparez la situation de votre établissement aux attendus nationaux. Reprenez la **liste des attendus** exposée au chapitre précédent, en vous demandant comment votre établissement y répond. Annotez cette liste pour repérer les écarts et les marges de progression possibles.

Identifiez ainsi les principaux problèmes : consommation excessive d'antibiotiques, écarts de pratique, absence de référentiels ou de formations pour les prescripteurs, événements indésirables, etc. Utilisez ces informations pour évaluer l'état des **indicateurs de suivi** (cf. page 19) pour l'année venant de s'écouler.

Discutez avec vos interlocuteurs pour identifier une première action à mettre en place et esquissez un projet initial, en ciblant quelques actions simples et prioritaires.

Identifiez les personnes semblant impliquées et qui pourront vous accompagner dans cette mission. Cherchez notamment à constituer un **binôme** clinicien-pharmacien pour être le moteur du programme. Le binôme peut éventuellement être rejoint par un biologiste, un praticien hygiéniste ou un membre du service qualité de l'établissement suivant les motivations de chacun.



Objectif final de cette étape :

Préparer une ébauche de programme de BUA pour la première année.

2. Obtenir la voiture et le carburant

Une fois votre projet de programme de BUA ébauché, il est essentiel d'obtenir l'appui de la direction et de la communauté médicale.

Avec votre binôme (et le praticien qualité de l'établissement si existant), commencez par solliciter un rendez-vous avec la direction et le président de la CME. Cet entretien vise à poser les bases institutionnelles du programme de BUA. Lors de cette rencontre :

- **Exposez l'importance d'un programme de BUA pour l'établissement** : bénéfices pour les patients (moins de complications liées aux antibiothérapies inutiles, moins d'infections à *C. difficile*, etc.), pour l'hôpital (réduction des coûts et des durées de séjour, image renforcée, retour sur investissement rapide malgré l'engagement initial en ETP) et pour la santé publique (lutte contre l'antibiorésistance).
- **Présentez vos premières observations** (problèmes identifiés, pistes de solutions) : cela montre que vous avez déjà travaillé le sujet et que vous êtes prêt à engager des actions concrètes.
- **Rappelez les obligations réglementaires** : code de la santé publique, stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance, instruction DGS du 15 mai 2020.
- **Rappelez l'impact des résultats des indicateurs qualité IQSS et CAQES** sur les financements rapportés à l'établissement, ainsi que l'affichage obligatoire des résultats des IQSS aux usagers.
- **Demandez les ressources nécessaires** : en particulier un temps dédié à votre mission d'antibioréférent, en vous appuyant sur les dernières recommandations disponibles (0,3 ETP par 400 lits de MCO, 0,1 ETP par 400 lits de SMR/SLD/PSY).
- **Soulignez l'enjeu pour la certification** de l'établissement, cette mission étant liée à un critère impératif du manuel de la HAS.

Décisions attendues à l'issue de l'entretien :

- Une **nomination officielle de la direction** pour votre mission d'antibioréférent, avec une **lettre de mission** et un **ETP alloué et financé par l'établissement** (et non imputé aux charges de votre service).
- L'**assurance que ce temps sera effectivement réservé** à votre mission. Cela signifie qu'un praticien déjà à temps plein ne pourra pas cumuler cette mission sans réduire son activité par ailleurs : la fonction d'antibioréférent suppose un **temps dégagé dédié**, non absorbé par une autre activité clinique.
- L'identification d'un **membre de la direction référent** pour appuyer cette mission (en général, le directeur en charge de la qualité).

Présentez ensuite cette démarche en CME, afin de garantir l'**adhésion de la communauté médicale** et de définir l'instance de gouvernance du programme. Plusieurs options s'offrent à la CME :

- **La CME conserve directement le pilotage du programme**, en examinant et validant elle-même les actions proposées.
- **La CME crée une sous-commission dédiée (CAI)**, à laquelle elle délègue ses attributions en matière de BUA (option recommandée). Dans ce cas, la CAI agit en son nom, et rend compte de ses travaux à la CME, qui reste souveraine de les approuver ou non.
- **La CME peut également rattacher cette mission à une sous-commission déjà existante**, comme la COMEDIMS ou le CLIN, si cela s'avère plus adapté à l'organisation locale (alternative acceptable à condition de parler clairement de COMEDIMS-CAI ou de CLIN-CAI).

Dans tous les cas, la CME reste globalement responsable du projet médical de l'établissement. Elle s'assure de la qualité, de la cohérence et du suivi des actions menées, qu'elles soient portées directement ou par délégation.

Si l'option d'une sous-commission est retenue, un règlement intérieur doit être rédigé (aide de l'EMA possible). En effet, en tant qu'instance et sous-commission de la CME, une CAI joue un rôle formel de gouvernance, impliquant des règles de composition et de fonctionnement établies à l'avance, ainsi que la rédaction de comptes-rendus à chaque réunion.



Objectif final de cette étape :

- Une nomination officielle à votre mission avec un ETP financé,
- La désignation d'un directeur référent,
- L'approbation de la communauté médicale pour lancer le programme,
- L'identification de la structure de gouvernance du BUA dans l'établissement.

3. Recruter vos co-pilotes et passagers

Pour réussir à mettre en place et pérenniser votre programme, il faut ensuite vous entourer de personnes motivées, engagées et bien implantées dans l'établissement. Après avoir identifié clairement votre **binôme de pilotage**, constituez avec lui une **équipe BUA** multidisciplinaire, représentative des différents métiers et services.

Cette équipe inclura idéalement :

- **Un ou plusieurs pharmaciens** de la pharmacie à usage interne.
- **Des médecins prescripteurs** : au minimum un par service ou par pôle suivant la taille de l'établissement, en veillant à représenter les principales spécialités (urgences, médecine, gériatrie, chirurgie, anesthésie, pédiatrie, etc.). Privilégiez la participation des services les plus consommateurs d'antibiotiques. Ces médecins peuvent être désignés comme correspondants en antibiothérapie, et auront pour rôle de relayer les actions de BUA auprès de leurs collègues.
- **Un représentant du laboratoire de microbiologie** : pour apporter une expertise sur les données de résistance bactérienne, la surveillance microbiologique (notamment des infections à *C. difficile*) et les profils de sensibilité locale.
- **Un représentant de l'équipe d'hygiène** : en raison des liens étroits entre l'axe PCI et l'axe BUA avec nécessité d'une politique convergente et cohérente de lutte contre les infections et l'antibiorésistance.
- **Un représentant du service qualité/gestion des risques** : utile pour suivre les événements indésirables liés à l'antibiothérapie, vous assister sur la gestion documentaire, les audits et l'exploitation des données.
- **Un membre de la direction** : celui désigné à l'étape précédente, pour garantir un appui institutionnel et être informé des actions en cours.

Vous pouvez également inclure des profils complémentaires :

- **Des représentants du personnel infirmier**, légitimes pour les aspects pratiques de préparation, d'administration ou de surveillance des anti-infectieux.
- **Un représentant du service communication**, pour vous aider à concevoir et diffuser des supports d'information (bulletins, affiches, intranet...).
- **Un membre du service informatique** et/ou tout professionnel en charge du paramétrage du logiciel de prescription, pour un appui technique sur les outils numériques.
- **Un représentant des usagers**, comme le prévoient les référentiels nationaux, et plus généralement parce qu'associer les usagers renforce la qualité et la légitimité de l'action hospitalière.

Fonctionnement : Cette équipe se réunira **trois à quatre fois par an** afin d'assurer le suivi des actions menées, d'orienter la stratégie BUA et de faciliter sa mise en œuvre :

- **Si une CAI est mise en place**, elle sera naturellement composée de cette équipe. Vous pouvez éventuellement répartir les rôles avec votre binôme : l'un assume la fonction d'antibioréférent, l'autre celle de président de la CAI.
- **Si aucune CAI n'est instaurée**, la CME conserve pleinement ses attributions réglementaires en matière de BUA. Dans ce cas, cette équipe BUA fonctionne de manière informelle, comme un **groupe de correspondants en antibiothérapie**. Elle ne dispose pas d'une représentation institutionnelle officielle, mais reste essentielle au bon déroulement du programme.

Rôle : L'équipe a pour mission d'accompagner le binôme de pilotage dans la mise en œuvre des actions, en :

- Participant à la réflexion et à l'ajustement du programme de BUA de votre établissement,
- Relayant les messages et actions dans les services (notamment auprès des collègues et nouveaux arrivants),
- Apportant un appui technique (qualité, communication, informatique...),
- Prenant éventuellement à leur charge une partie du plan d'action.

Effectif : En fonction de la taille de votre établissement, entre 5 et 20 personnes.

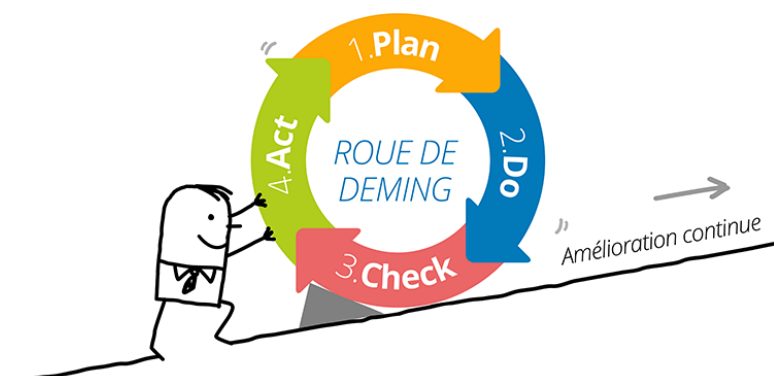


Objectif final de cette étape :

Constituer une équipe BUA représentative et active, et organiser des réunions régulières (tous les 3 à 4 mois). Si une CAI existe, il s'agira des réunions de cette instance. Sinon, ces rencontres auront une forme moins formelle, mais restent indispensables au bon fonctionnement du programme.

3.3 Mettre en œuvre un cycle d'amélioration continue chaque année : prendre la route

Une fois ces bases posées, vous pouvez vous engager sereinement dans votre mission. Pour cela, nous vous proposons de suivre le modèle de la « roue de Deming » ou « PDCA » qui est un moyen mnémotechnique pour repérer avec simplicité les étapes à suivre pour améliorer la qualité dans une organisation, en l'occurrence ici le BUA dans votre établissement.



Elle comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un **cercle vertueux** destiné à se répéter d'année en année :

- **Plan** : planifier les actions à mener,
- **Do** : les mettre en œuvre,
- **Check** : en évaluer le résultat,
- **Act (ou adjust)** : réagir à l'évaluation et ajuster le programme pour l'année suivante.

1. « Plan » : établir le plan d'action (planifier l'itinéraire)

Sur la base de l'analyse et des pistes d'amélioration fixées à l'étape précédente (votre ébauche si vous partez de zéro, ou votre analyse d'ajustement de l'étape 4 si vous avez déjà réalisé un cycle de roue), et avec votre binôme, élaborer un plan d'action définissant les grandes lignes pour l'année à venir.

L'EMA 72 peut vous proposer un modèle de plan d'action, basé sur la liste des attendus du chapitre précédent. Attention, il s'agit d'un socle générique, à adapter à votre contexte local à partir des constats établis à l'étape précédente, c'est-à-dire en tenant compte de ce qui a (eu) lieu dans votre établissement, notamment ce dont l'EMA 72 n'a pas nécessairement connaissance.

Commencez par des actions simples et accessibles, en traitant les problématiques par ordre de priorité.

L'idée est de cibler en premier lieu les interventions qui demandent peu d'effort mais apportent rapidement des résultats visibles (stratégie des *low hanging fruits* : ramassez d'abord les fruits qui sont à portée de main). Ne prévoyez pas plus que ce que vous pourrez faire : les projets plus ambitieux viendront en temps voulu.

Soyez concret dans la formulation : par exemple, préférez « établir une liste d'antibiotiques ciblés et leur modalités de dispensation » au lieu de « diminuer la consommation de ceftriaxone de 20% d'ici la fin de l'année ». Cette approche permet de se concentrer sur des tâches concrètes et réalisables, qui conduiront progressivement à atteindre les objectifs recherchés.

Identifiez pour chaque action un pilote responsable et les personnes ressources pour aider le pilote dans sa tâche ; vous pouvez vous appuyer sur votre équipe BUA ou d'autres professionnels.

Communiquez :

- Ce plan d'action, définissant les grandes lignes pour l'année à venir, doit être présenté, discuté et validé à la commission en charge du BUA (CAI/CME), afin de donner la légitimité institutionnelle aux actions qui seront engagées.
- Il constitue un cadre général du programme : chaque point pourra être ajusté et précisé au fil de l'année, lors des réunions successives de la CAI ou de l'équipe BUA.
- S'il est présenté en CAI, il est souhaitable d'en faire également une présentation courte en CME, par exemple sous la forme d'une « **minute BUA** » inscrite à l'ordre du jour d'au moins une séance annuelle de CME. Cela permet de maintenir l'information et l'adhésion de l'ensemble de la communauté médicale, au-delà des membres de la CAI, et de renforcer la visibilité institutionnelle de la démarche.

2. « Do » : mettre en œuvre le plan d'action sur l'année (rouler)

C'est une étape qui demande rigueur, car elle implique de se dégager régulièrement du temps pour avancer dans les tâches définies, mais vous avez toute l'année pour y arriver. Un plan d'action bien pensé en amont vous facilitera la tâche au quotidien.

Prévoyez dès le début de l'année des créneaux fixes pour vous consacrer à votre mission (exemple : tous les mardis après-midi). Assurez-vous que ce temps corresponde à votre ETP alloué, qu'il soit validé avec la direction et vos collègues, et qu'il reste sanctuarisé.

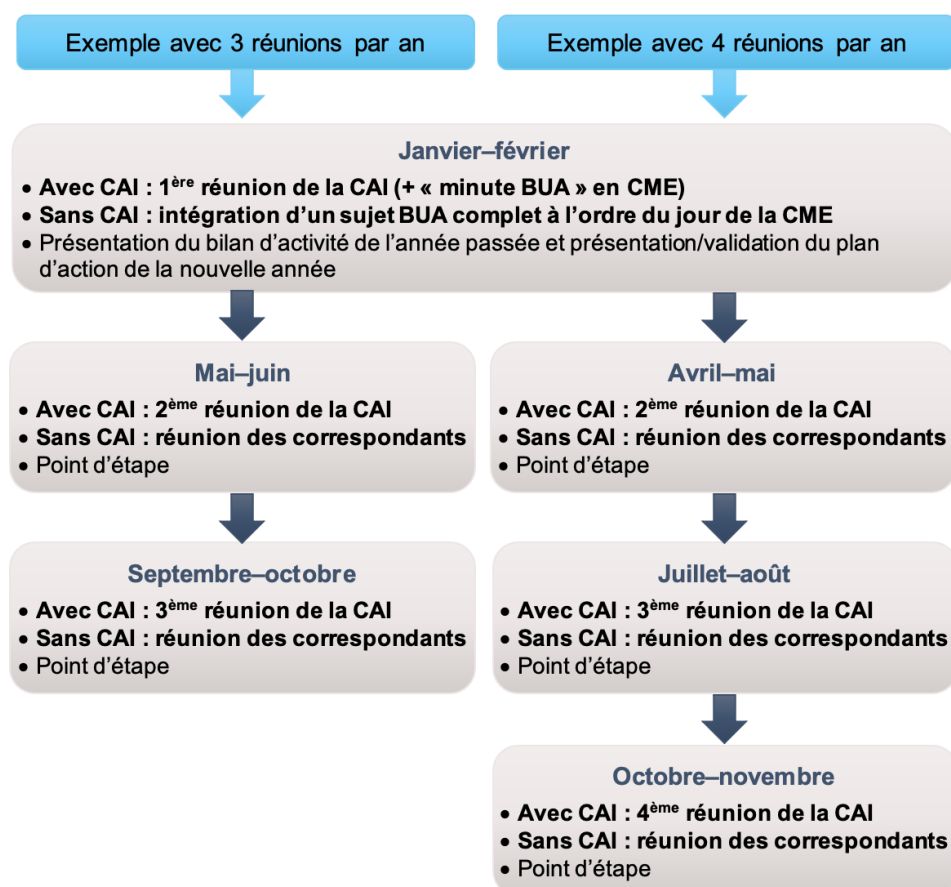
Rencontrez-vous très régulièrement avec votre binôme et relisez régulièrement le plan pour rester concentré sur les priorités.

Prévoyez 2 ou 3 réunions d'étape dans l'année avec votre équipe BUA, afin de constituer des temps d'échange sur les actions en cours, de présenter et discuter les données arrivant au fil de l'eau (indicateurs de suivi, données de consommations, audits, etc.), de réajuster des actions si besoin ou d'envisager de nouvelles actions.

- Si une CAI a été mise en place, elle servira tout simplement de cadre à ces réunions.
- Sinon, organisez des rencontres plus informelles, que vous pouvez nommer « réunions des correspondants en antibiothérapie ». Il sera alors souhaitable, voire nécessaire, de prévoir aussi quelques points d'étape en CME en parallèle.

Ces réunions d'étape constituent de véritables temps de pilotage et permettent de « huiler la roue » afin que la démarche reste vivante et efficace.

Exemples de calendrier annuel des réunions à organiser :



Communiquez :

- Tenez les professionnels informés de la dynamique BUA dans l'établissement. Il ne s'agit pas de rendre compte de l'avancement de votre programme d'action, mais de leur apporter des informations pertinentes et de montrer que vous êtes présent, actif et utile.
- Une lettre d'information trimestrielle peut être un bon support (mail ou format papier), avec l'aide du service communication ou qualité. Faites passer des messages-clés, par exemple : un rappel sur la réévaluation à 48-72 h, des nouvelles modalités de dispensation des antibiotiques, un nouvel outil disponible sur l'intranet, focus sur une problématique particulière, etc. Cette lettre jouera un rôle de sensibilisation et de formation continue de vos collègues.
- Si cette lettre vous semble trop lourde à produire, privilégiez des formats plus légers et informels : transmettre les infos à vos collègues en direct, informer les chefs de service, demander aux membres de l'équipe BUA de relayer les messages dans leurs services.
- Accueillez les nouveaux prescripteurs (internes, médecins récemment arrivés, intérimaires) pour leur exposer la démarche BUA, les outils disponibles (référentiels, ligne d'avis, etc.), et l'importance du bon usage dans votre établissement. Montrez qu'ici, « on ne rigole pas avec les antibiotiques ! ».

3. « Check » : évaluer vos actions et les résultats (surveiller sa trajectoire)

Au changement d'année, **rédigez avec votre binôme un rapport d'activité** reprenant :

- Une présentation synthétique de l'organisation du BUA dans votre établissement,
- Les actions qui ont été menées sur l'année (voir votre plan d'action et inscrire tout ce qui a été fait),
- L'état des **indicateurs de suivi** (cf. ci-dessous), comprenant notamment les données de consommations d'antibiotiques,
- Les résultats des EPP et audits le cas échéant,
- Les événements indésirables en lien avec l'antibiothérapie ayant eu cours dans l'année et les suites qui y ont été apportées.

L'EMA 72 vous propose un modèle type pour vous accompagner dans sa rédaction.

 *Astuce : pensez à renseigner ce rapport au fil de l'eau, notamment pour consigner les actions réalisées. Cela vous évitera un travail trop lourd en fin d'année et réduira les risques d'oubli.*

Les **indicateurs de suivi** constituent les outils concrets qui vous permettent d'évaluer l'impact réel de vos actions BUA. Il sont à suivre d'année en année. Pensez à eux comme au tableau de bord ou au compteur de vitesse de votre voiture : ils vous donnent une vision claire de la trajectoire suivie, et vous alertent en cas de dérive.

Cette liste est indicative et non exhaustive : vous pouvez y ajouter d'autres indicateurs qui vous paraissent pertinents en fonction de votre contexte local.

- Temps dédié (en ETP) à l'activité d'antibioréférent
- Nombre de professionnels intégrant la CAI
- Nombre de commissions (CME ou CAI, COMEDIMS, CLIN) réalisées sur l'établissement
- Nombre de formations à destination des prescripteurs réalisées sur l'établissement et nombre de personnes présentes
- Nombre de conseils en antibiothérapie délivré par l'antibioréférent (le cas échéant)
- Nombre d'audits (avec retour d'informations aux services et à la CME) réalisé sur l'année dans l'établissement
- Participation de l'établissement à la mission SPARES
- Consommation d'antibiotiques en DDJ/1000 JH (ATC J01 + rifampicine J04AB02 + imidazolés per os P01AB + fidaxomicine A07AA12)
- Part d'antibiotiques à large spectre (C3G-C4G, pipéracilline-tazobactam, aztréonam, carbapénèmes, fluoroquinolones, glycopeptides, linézolide, tédizolide, daptomycine et colistine) au sein de la classe ATC J01
- Nombre et % d'antibiothérapies réévaluées à 48-72 h
- Nombre et % d'antibiothérapies de durée > 7 jours
- Résultats des indicateurs IQSS et CAQES sur l'antibiothérapie

4. « Act » ou « adjust » : ajuster le plan de l'année suivante (ajuster sa trajectoire)

Une fois le rapport d'activité rédigé, prenez le temps de l'**analyser** pour en dégager des axes d'amélioration pour l'année suivante.

 *Astuce : nous vous proposons de faire apparaître cette étape directement à la suite du rapport d'activité, comme proposé dans le modèle transmis. Cela facilite le lien entre bilan et projections, et favorisera la continuité du cycle et la pérennisation de votre programme.*

Analysez ainsi :

- **Les actions de l'année précédente** : que faut-il poursuivre ? améliorer ? abandonner ?
- **Les indicateurs de suivi** : lesquels ont été renseignés ? sont-ils satisfaisants ? comment les améliorer ? (par exemple, si aucune formation n'a été réalisée, un objectif pourrait être d'en organiser au moins une dans l'année à venir).
- **Les données de consommation et de résistance** : comparez vos données à celles d'autres établissements de même taille, identifiez des surconsommations ou des écarts de pratiques (sur des molécules en particulier et/ou certains services), analysez l'épidémiologie de la résistance bactérienne dans votre établissement (bactéries multi-résistantes, nombre d'infections à *C. difficile*, ...).
- **Les audits précédemment réalisés** : chaque audit doit déboucher sur une action concrète. Analysez les résultats pour en tirer des pistes d'amélioration.
- **Les événements indésirables** : avec l'appui du service qualité, identifiez les mesures à prendre pour éviter la récurrence.

Faites dans le même temps un point avec les attendus nationaux. Reprenez la liste des attendus exposée au chapitre précédent, en vous demandant comment votre établissement y répond. Annotez cette liste pour repérer les écarts et les marges de progression possibles.

Cette étape de bilan annuel est aussi un moment clé pour consolider votre équipe BUA : identifier les membres qui partent ou se désengagent, recruter de nouvelles personnes motivées, et réaffirmer l'engagement de ceux qui souhaitent poursuivre. Tenez à jour une liste des membres de votre équipe avec leurs fonctions, afin de faciliter la coordination, la reconnaissance institutionnelle (notamment en cas de CAI), et le relais en cas d'absence. L'objectif est de maintenir une équipe active et engagée, et d'éviter un essoufflement progressif au fil des années.

De manière plus large, c'est le moment de vérifier que les fondations posées en début de mission tiennent toujours : soutien et appui de la direction, temps ETP réellement disponible, équipe BUA constituée et fonctionnelle. Ces bases doivent être régulièrement réévaluées pour garantir la viabilité du programme et procéder aux ajustements nécessaires.



Communiquez :

- Cette synthèse annuelle est à présenter à la commission en charge du BUA (CAI/CME), par exemple en même temps que la présentation du plan d'action de l'année suivante (lors de la 1^{ère} étape « Plan »). Lorsqu'elle est présentée en CAI, il est souhaitable d'en faire également une présentation courte en CME, par exemple sous la forme d'une « **minute BUA** » inscrite à l'ordre du jour d'au moins une séance annuelle de CME. Cela permet de maintenir l'information et l'adhésion de l'ensemble de la communauté médicale, au-delà des membres de la CAI, et de renforcer la visibilité institutionnelle de la démarche.
- Il est également pertinent de présenter cette synthèse en commission des soins infirmiers, car les IDE doivent connaître les règles de bon usage des antibiotiques : dispensation contrôlée, réévaluation à 48-72 h, durées de traitement au-delà de 7 jours, etc. Aussi, les IDE peuvent être d'une aide précieuse pour interpellier les médecins sur ces règles et les informer des outils d'aide à la prescription existants (e-POPI, GED...), surtout lorsque des médecins intérimaires se succèdent.
- Le rapport d'activité écrit, quant à lui, est transmis au président de la CME et à la direction. Publiez-le sur l'intranet ou la GED de votre établissement, pour le rendre accessible à tous. Il peut également être transmis à l'EMA 72.

4 Conclusion

Être antibioréférent, c'est s'engager dans une mission de fond, parfois discrète mais toujours déterminante, au service de la qualité des soins et de la santé publique.

Pourtant, cette mission s'exerce dans un cadre encore fragile : contrairement à la fonction d'hygiéniste, aujourd'hui bien structurée, le rôle d'antibioréférent reste souvent isolé, sans équipe dédiée ni temps clairement identifié. Il vous demande d'assumer une responsabilité stratégique, tout en vous éloignant (au moins en partie) du soin direct – un positionnement parfois mal compris, et insuffisamment reconnu.

C'est précisément pour cela que votre engagement compte : il donne corps à un axe encore en construction, mais essentiel pour les années à venir. Ce n'est pas évident au quotidien, mais vous n'êtes pas seul au volant : une équipe solide, une gouvernance claire et des partenaires engagés font toute la différence. À travers ce guide, nous avons voulu vous donner des repères concrets, des outils pratiques et des pistes pour structurer votre action, quelle que soit votre expérience initiale.

Le bon usage des antibiotiques ne repose pas seulement sur des avis individuels et ponctuels d'infectiologie, mais sur une dynamique collective, durable et structurée.

Votre rôle est au cœur de cette dynamique.

Merci pour votre engagement et bonne route ! 🚗

5 Fiche mémo – Démarrer et faire vivre un programme de BUA

Prendre ses marques

Phase d'observation et de diagnostic

- Prendre contact avec la pharmacie, les cliniciens (prescripteurs), le laboratoire, l'équipe d'hygiène, le service qualité.
- Recueillir des informations sur l'existant : consommation d'antibiotiques, résistances microbiennes, difficultés pour les prescripteurs, événements indésirables, protocoles d'infectiologie, etc.
- Comparer la situation de l'établissement avec les attendus nationaux.
- Identifier les écarts, les problèmes majeurs, les leviers et alliés.
- Recruter un binôme (clinicien-pharmacien idéalement).
- Préparer une ébauche de programme.

Obtenir le soutien de la direction et de la communauté médicale

- Rencontrer la direction et le président de CME pour présenter la nécessité d'un programme de BUA visible dans l'établissement.
- Obtenir une nomination écrite pour la mission d'antibioréfèrent avec un temps ETP alloué et l'identification d'un représentant de la direction en appui de cette mission.
- Présenter ensuite cette démarche en CME et déterminer l'instance de gouvernance du BUA dans l'établissement (CME ou CAI).

Constituer une équipe BUA

- Recruter des membres clés parmi : pharmaciens, médecins prescripteurs (un par service ou pôle), biologiste, hygiéniste, service qualité, représentant de la direction.
- Profils complémentaires : communication, informatique, paramédicaux, représentant des usagers.
- Fixer les rôles : binôme de pilotage (responsables de la CAI ou de l'animation des réunions), les autres seront correspondants dans les services ou soutiens techniques au programme de BUA.
- Prévoir d'organiser des réunions régulières tous les 3-4 mois.

Faire « tourner la roue » (cycle annuel PDCA)

PLAN : Construire votre plan d'action

- Prioriser des actions simples et réalisables pour l'année à venir.
- Rédiger un tableau de planification avec les actions, pilotes, ressources et échéances.
- Présenter le programme en CAI/CME pour discussion et validation.

DO : Mettre en œuvre le plan d'action

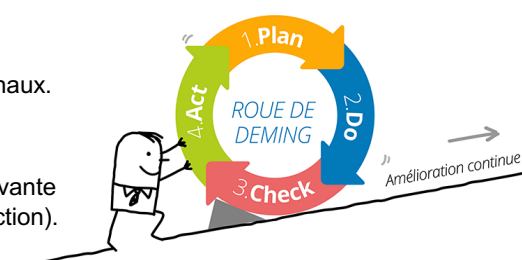
- Suivi régulier : consacrer des demi-journées fixes (ETP sanctuarisé) et rencontrer souvent le binôme.
- Réunions d'étape avec l'équipe BUA tous les 3-4 mois (CAI ou réunions de correspondants).
- Communication continue envers les professionnels.

CHECK : Évaluer les actions

- Faire le point sur l'organisation du BUA dans l'établissement et les actions menées dans l'année.
- Recueillir les indicateurs de suivi, consommations d'antibiotiques, audits, événements indésirables...
- Rédiger le rapport d'activité annuel.

ACT/ADJUST : Ajuster pour l'année suivante

- Analyser le rapport d'activité et la liste des attendus nationaux.
- Définir des pistes d'amélioration pour l'année suivante.
- Réévaluer et réaffirmer la composition de l'équipe BUA.
- Présenter le bilan en CAI/CME (peut être fait à l'étape suivante en même temps que la présentation du nouveau plan d'action).



Notes

This image shows a full page of a handwriting practice worksheet. It consists of approximately 20 horizontal dashed lines spaced evenly down the page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no other markings or text present.

Contacts

Guillaume Cosseron

Infectiologue - EMA 72

02 44 71 07 30

gcosseron@ch-lemans.fr

Aurélie Beaudron

Microbiologiste - EMA 72

02 43 43 27 40

agarchetbeaudron@ch-lemans.fr

Lucia Grandière Pérez

Infectiologue - EMA 72

02 44 71 07 30

lperez@ch-lemans.fr

Centre Hospitalier du Mans
194 avenue Rubillard
72037 LE MANS CEDEX 9

Suivez-nous   

ch-lemans.fr