

LE REFERENT EN ANTIBIOTHERAPIE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE : une nécessité de santé publique et une obligation réglementaire

Document synthétique rédigé à l'attention des Directions d'établissement

A l'initiative de la Mission Nationale SPARES (Surveillance et Prévention de l'Antibiorésistance en Etablissement de Santé)

Contributeurs et co-signataires : Société de Pathologie Infectieuse en Langue Française (SPILF), Réseau des Centres régionaux en antibiothérapie (R-CRAtb)

Contexte et enjeux

L'antibiorésistance (résistance des bactéries aux antibiotiques) constitue un problème majeur de santé publique, en France comme à l'international, associé à des coûts humains et économiques considérables [1]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) identifie l'antibiorésistance comme l'une des dix menaces majeures pour l'Humanité. L'utilisation excessive et inappropriée des antibiotiques, qui concerne environ la moitié des prescriptions, est l'un des facteurs principaux favorisant l'antibiorésistance.

Les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), notamment européens, ne montrent pas à ce jour de décroissance significative des consommations d'antibiotiques ni de l'antibiorésistance [2]. Il est même attendu une augmentation marquée des impacts sanitaires et économiques de l'antibiorésistance dans les années à venir [3]. La France n'est pas épargnée et était, en 2024, le 2^{ème} pays européen le plus consommateur d'antibiotiques [4].

Conséquences de l'antibiorésistance pour les établissements de santé

L'augmentation des infections à bactéries multi-résistantes entraîne :

- Un recours accru aux soins hospitaliers du fait de complications médicales, de traitements plus complexes et souvent plus coûteux [1,5].
- La nécessité de mesures d'isolement renforcées et des durées d'hospitalisation prolongées [5].
- Une surconsommation de ressources hospitalières et une augmentation significative des coûts directs et indirects [6].

Selon les données 2015 du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), le coût additionnel des infections à bactéries multi-résistantes les plus courantes chez les patients hospitalisés en France varie de 109 à 287 millions d'euros par an.

Le référent en antibiothérapie : une nécessité répondant à un cadre national

La mise en place de référents suit les recommandations internationales de l'OMS [9] et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) [10]. Il est rappelé aux Agences régionales de santé (ARS), dans l'instruction du 15 mai 2020 [11] relative à la mise en œuvre de la prévention de l'antibiorésistance, l'importance des référents en antibiothérapie dans les établissements de santé (ES). Le rôle clé des référents en antibiothérapie est également souligné dans la stratégie nationale 2022-2027 de prévention des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine coordonnée par le ministère en charge de la santé [12].

Les référents en antibiothérapie ont été définis au Bulletin Officiel en 2002 [13] et sont des praticiens (médecins cliniciens, biologistes ou pharmaciens) formés au bon usage des antibiotiques (BUA) [14]. Ils collaborent étroitement avec les services de la pharmacie et de la microbiologie intervenant dans l'établissement.

- Lorsqu'ils sont cliniciens, formés et disponibles, ils prennent en charge le premier niveau de conseil et de consultation dans leur établissement.
- Dans le cas des établissements sans médecin clinicien formé ou disponible, la désignation d'un référent non clinicien qui peut collaborer avec un clinicien d'un autre établissement (création d'un binôme partagé avec un établissement de proximité) est la solution à privilégier, en formalisation cette collaboration au moyen d'une convention inter-établissements [11,14].
- Dans tous les cas et quelle que soit leur profession, les référents assurent l'activité stratégique sur le bon usage des antibiotiques dans leur établissement, notamment en coordonnant la politique de l'ES sur le sujet. Cette activité stratégique doit être bien distincte des activités habituelles du praticien, pour assurer à ce dernier le temps nécessaire à ses missions BUA. Le référent fournit à l'établissement un plan d'action de la stratégie de BUA, ainsi qu'un bilan d'activité annuel. Il assure la mise en place des actions (audits, formations...) et le suivi des indicateurs d'impact et de résultats améliorant ainsi la qualité et la sécurité de soins de l'établissement.

Au-delà de l'optimisation des prescriptions, l'action du référent en antibiothérapie s'inscrit donc pleinement dans une démarche de prévention des infections et de l'antibiorésistance visant à limiter la survenue de complications, d'échecs thérapeutiques et de diffusion des bactéries multi-résistantes au sein de l'établissement.

La désignation d'un (ou plusieurs) référent(s) en antibiothérapie dans les établissements de santé est obligatoire [15]. Le critère impératif 2.4-02 ("La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée") de la certification HAS rappelle la nécessité de la désignation, par les représentants légaux de l'établissement, d'un ou de plusieurs référents en antibiothérapie, en charge du programme de BUA avec un temps dédié [16].

Il est essentiel que le référent en antibiothérapie ait suffisamment de temps à consacrer à ses activités de BUA.

Sur saisine du ministère en charge de la santé [17], et sur la base de la littérature et des recommandations internationales, le Conseil National Professionnel d'Infectiologie a recommandé un **minimum de 0,2 ETP (équivalent temps plein) / 100 lits** pour que le(s) référent(s) en antibiothérapie de l'ES puisse(nt) assurer efficacement ces activités BUA.

Les états des lieux réalisés en France mettent cependant en évidence un déficit significatif d'ETP dans de nombreux établissements. Or, il est démontré que des ressources humaines insuffisantes ne permettent pas aux programmes de bon usage des antibiotiques d'atteindre leurs objectifs [18].

Le référent en antibiothérapie : un investissement

Le retour sur investissement des référents en antibiothérapie est largement démontré sur le terrain et dans la littérature, comme souligné par l'OCDE [19]. Les référents en antibiothérapie sont coût-efficaces, avec un retour sur investissement rapide, et contribuent directement à la maîtrise des dépenses hospitalières. L'investissement initial fait par les établissements est compensé rapidement (habituellement en un à deux ans) par les économies réalisées, en termes de coûts directs (réduction des dépenses médicamenteuses et réduction des durées de séjour) et indirects (amélioration de la qualité des soins, réduction de la morbi-mortalité liée aux infections, réduction des effets indésirables des antibiothérapies, dont l'antibiorésistance) [20].

Conclusion

Investir dans un référent en antibiothérapie — médecin, pharmacien ou mixte selon l'activité — constitue :

- ✓ Un levier de qualité et de sécurité des soins
- ✓ Un outil de maîtrise du risque médico-légal
- ✓ Un instrument de pilotage économique
- ✓ Une réponse structurée aux obligations nationales, notamment la certification HAS
- ✓ Un engagement concret dans une politique de prévention des risques infectieux et de l'antibiorésistance à l'échelle de l'établissement

La sanctuarisation d'un temps dédié aux activités de Bon usage des antibiotiques pour le référent en antibiothérapie constitue un investissement structurant permettant d'anticiper les risques sanitaires et financiers liés à la iatrogénie et à l'antibiorésistance.

Points-clés pour l'action

La direction de l'établissement de santé s'assure que :

- Il existe un (ou plusieurs) référent(s) en antibiothérapie dans l'ES, désigné(s) par le représentant légal de l'établissement. Ce référent a la charge de la coordination et du déploiement du programme de bon usage des antibiotiques (BUA) de l'établissement.
- Des ressources humaines suffisantes, avec des ETP respectant les recommandations nationales, sont affectées au(x) référent(s) en antibiothérapie pour coordonner et déployer le programme de BUA de l'établissement.
- Un membre de la direction de l'établissement, nommé par le Directeur, est un correspondant identifié pouvant apporter un appui aux actions du référent en antibiothérapie, au regard des objectifs définis.

Bibliographie

1. GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. *Lancet*. 2024.
2. Peñalva G, et al. Burden of bacterial antimicrobial resistance among hospitalised patients in Spain. *Lancet Reg Health Eur*. 2025.
3. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance*. Paris: OECD; 2023.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. *Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net): Annual Epidemiological Report 2024*. Stockholm: ECDC; 2024.
5. Serra-Burriel M, et al. Association between antibiotic resistance in ICU-acquired infections and excess resource utilization. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2022.
6. Kingston R, et al. Excess resource use and cost of drug-resistant infections in Europe. *Clin Microbiol Infect*. 2024.
7. Siaba, S., et al. The Economics of Antibiotic Resistance: A Systematic Review and Meta-analysis Based on Global Research. *Appl Health Econ Health Policy* 24, 15–46 (2026)
8. Cisco, G., et al. The inpatient economic burden of antibiotic resistance in Switzerland: a regression-based analysis. *Eur J Health Econ* (2026)
9. World Health Organization. *Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low- and middle-income countries: a WHO practical toolkit*. Geneva: WHO; 2019.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. *Proposals for EU guidelines on the prudent use of antimicrobials in humans*. Stockholm: ECDC; 2017.
11. Instruction n° DGS/Mission antibiorésistance/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2020/79 du 15 mai 2020 relative à la prévention de l'antibiorésistance. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020.
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022–2025*. Paris: Ministère; 2022.
13. Circulaire DHOS/E2 – DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques. Paris: Ministère de la Santé; 2002.
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Guide réflexe – Bon usage des antibiotiques*. Annexe de l'instruction du 15 mai 2020; 2020.

15. Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 relatif à la lutte contre les infections associées aux soins. *Journal Officiel de la République Française*. 2013.
16. Haute Autorité de Santé. *Fiche pédagogique – Médicament (6e cycle)*. 2025. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/fiche_pedagogique_6e_cycle_medicament.pdf
17. Direction générale de la santé. Saisine DGS n° 21-007596 du 25 mars 2021.
18. Stenehjem E, et al. Impact of antimicrobial stewardship resources. *Clin Infect Dis*. 2018;67(4):525–532.
19. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*. Paris: OECD; 2018.
20. Nathwani D, et al. Antimicrobial stewardship interventions. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019;8:35.