



« Atelier N°1 « Les antibiotiques en 2016 : Panne, impasse et menaces » »

Echanges avec les participants

Discussion : Mesures concernant tous les médecins mises en place dans d'autres pays ¹

N°	Mesures	Oui	non
Outils d'aide à la prescription			
1	Distribuer gratuitement aux MG des bandelettes urinaires		
2	Proposer des durées uniques d'antibiothérapie dans les recommandations		
3	Rendre un antibiogramme plus court pour les ECBU		
4	Remettre au patient une fiche d'information en cas de non prescription antibiotique		
Formation			
5	Inciter les MG à participer à des FMC ou à un DPC centré sur l'antibiothérapie		
6	Adhérer à une charte du bon usage des ATB en s'engageant à les prescrire selon les recommandations		
7	Rendre obligatoire une formation tous les 2 ans sur le thème de l'antibiothérapie		

[1] Selon les thèses de Médecine de Sophie WANG et de Marianne GIRY, dirigées par Jacques BIRGÉ

Echanges avec les participants

Discussion : Mesures concernant tous les médecins mises en place dans d'autres pays

N°	Mesures	Oui	non
Modalités de prescription			
8	Dispenser les antibiotiques à l'unité		
9	Limiter le nombre de molécules ATB disponibles en ville		
10	Proposer une ordonnance différée pour certaines situations		
11	Utiliser une ordonnance spécifique pour les ATB comprenant un message éducatif destiné au patient		
12	Justifier sur l'ordonnance la conformité ou non aux recommandations		
Outils de contrôle des prescriptions			
13	Affiner la prime ROSP-antibiotique (prime en fonction du pourcentage de prescription et suppression du seuil)		
14	Rendre obligatoire la BU en cas de suspicion d'infection urinaire avec contrôle aléatoire		

Echanges avec les participants

Discussion : Mesures concernant tous les médecins mises en place dans d'autres pays

N°	Mesures	Oui	non
Outils de contrôle des prescriptions (suite)			
15	Restreindre la délivrance pharmaceutique à une durée maximale de 7 jours pour une prescription initiale		
16	Regard du pharmacien sur les prescriptions ATB et contact du MG si la prescription ne lui semble pas adéquate		
17	Dérembourser les antibiotiques qui sélectionnent beaucoup de résistance bactérienne		
18	Réaliser des "situation testing" en consultation pour vérifier le bon usage des ATB		
Les ententes préalables			
19	Demander une autorisation préalable à d'un infectiologue pour les antibiothérapies de plus de 14 jours		
20	Demander une autorisation préalable à un infectiologue pour prescrire des FQ		
21	Demander une autorisation préalable à un infectiologue pour prescrire des C3G		
22	Demander une autorisation préalable à un infectiologue pour prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique		

Echanges avec les participants

Discussion : Mesures concernant les médecins qui prescrivent beaucoup d'antibiotiques

N°	Mesures	Oui	non
Formation			
23	Rendre obligatoire une formation annuelle sur l'antibiothérapie tant que le profil " gros prescripteur " persiste		
24	Mettre en place des visites confraternelles tous les 3 mois par l'Assurance Maladie avec discussion du profil de prescription et des actions à entreprendre pour les améliorer		
Outils de contrôle des prescriptions			
25	Affiner la ROSP antibiotique en y incluant la prescription de FQ et C3G		
26	Réaliser un suivi mensuel quantitatif et qualitatif des prescriptions		
27	Instaurer des pénalités financières à partir de la ROSP pour les gros prescripteurs qui n'atteignent pas les objectifs (en gardant les bonus si les objectifs sont atteints)		
28	Soumettre les prescriptions d'antibiotiques à la validation à postériori par des infectiologues		

Echanges avec les participants

Discussion : Mesures concernant les médecins qui prescrivent beaucoup d'antibiotiques

N°	Mesures	Oui	non	
Les ententes préalables				
29	Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire des FQ			
30	Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire des C3G			
31	Demander une entente préalable à un infectiologue par contact téléphonique ou fax pour prescrire de l'amoxicilline-acide clavulanique			

Echanges avec les participants

Discussion : Validation à large échelle des scores cliniques pour prédire les angines à SGA

D'après une étude réalisée chez 206.870 patients âgés de plus de 3 ans ayant consulté sur l'ensemble du territoire nord américain pour un mal de gorge entre septembre 2006 et décembre 2008 ¹

Score clinique	Conduite à suivre (???)	Proportion des patients TDR+ en fonction du score obtenu	
		Centor ^a : âge ≥ 15 ans	Mclsaac ^b : âge ≥ 3 ans
0	Ne pas tester (TDR), ne pas traiter (ATB)	7%	8%
1	Ne pas tester (TDR), ne pas traiter (ATB)	12%	14%
2	Traiter si TDR+	21%	23%
3	Option A : Traiter si TDR+ Option B : Traitement empirique	38%	37%
4	Traitement empirique	57%	55%
	Σ TDR+ (%)	23%	27%

(a) : 1 point pour chacun des symptômes suivants : fièvre, absence de toux, exsudats amygdaliens, ganglions enflés et douloureux. (b) : ajustement sur l'âge en ajoutant 1 si moins de 15 ans et en retranchant 1 si plus de 45 ans

[1] Large-Scale Validation of the Centor and Mclsaac Scores to Predict Group A Streptococcal Pharyngitis. A. M. FINE et al. Arch Intern Med. 2012;172(11):847-852. Published online May 7, 2012. doi:10.1001/archinternmed.2012.950

Echanges avec les participants

Discussion : Comment les médecins perçoivent-ils les attentes des patients en matière d'ATB ?

D'après une étude observationnelle prospective¹ conduite chez 3.402 patients adultes consultant en soins primaires pour une toux aiguë dans 13 pays européens^a

Souhaits, sentiments, attitudes du patient	Patients	Perception des médecins ^b
S'attendait à recevoir une antibiothérapie	45,1%	
Espérait obtenir une antibiothérapie	40,6%	
A demandé qu'une antibiothérapie lui soit prescrite	10,2%	31,3%
(N'a pas demandé d'antibiothérapie)	89,8%	68,7%
Satisfait ou très satisfait de la consultation	92,6%	92,1%
Insatisfait de la consultation	4,8%	7,9%
Antibiothérapie prescrite à l'issue de la consultation	54,4%	

(a) : Belgique, Finlande, Allemagne, Hongrie, Italie, Norvège, Pologne, Slovaquie, Espagne, Suède, Pays-Bas, Pays-de-Gale, Angleterre

(b) : La question posée aux médecins : Avez-vous ressenti que le patient souhaitait que vous lui prescriviez des antibiotiques ?

La satisfaction n'était pas différente chez les patients qui espéraient des ATB, ceux qui les ont demandé, ceux qui ont eu une prescription, et les autres

[1] Are Patient Views about Antibiotics Related to Clinician Perceptions, Management and Outcome? A Multi-Country Study in Outpatients with Acute Cough. S. Coenen et al. PLoS ONE 8(10): e76691. doi:10.1371/journal.pone.0076691



« Atelier N°1 « Les antibiotiques en 2016 : Panne, impasse et menaces » »

Dans les infections respiratoires

Echanges avec les participants

Discussion : Comment convaincre médecins (et patients) d'adopter les bons comportements ?

- Deux objectifs :
1. Limiter la prescription antibiotique aux seules situations qui la justifie
 2. Privilégier la prescription en 1^{ère} intention de l'amoxicilline (ou la pénicilline V) en évitant les antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes

Quels argumentaires pour convaincre	Médecins	Patients
Suivre les RBP « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant » (SPILF 11/2011)		
- Utiliser le TDR/TROD de l'angine (à streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A)		
- Ne pas surestimer les (surexprimer ses) attentes du (de) patient et son insatisfaction en cas d'abstention antibiotique		
- Recourir à la prescription conditionnelle		
- Privilégier l'amoxicilline / la pénicilline V		
- Eviter l'association amoxicilline + acide clavulanique		
- Eviter les céphalosporines de 3ème génération (céfpodoxime, céftriaxone, céfixime)		
- Eviter les fluoroquinolones (ofloxaxine, lévofloxacin, moxifloxacin)		
(- Eviter les macrolides ?)		



« Atelier N°1 « Les antibiotiques en 2016 : Panne, impasse et menaces » »

Dans la cystite aiguë simple

Echanges avec les participants

Discussion : Comment convaincre médecins (et patients) d'adopter les bons comportements ?

- Deux objectifs :
1. Limiter la prescription antibiotique aux seules situations qui la justifie
 2. Privilégier la prescription en 1^{ère} intention la fosfomycine et le pivmécillinam en 2^{ème} et en 3^{ème} intention : ciprofloxacine, ofloxacine, ou nitrofurantoïne (sauf IR)

Quels argumentaires pour convaincre	Médecins	Patients
Suivre les RBP « Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte » (SPILF 05/2014)		
- Utiliser seulement une bandelette urinaire dans la cystite aiguë simple		
- ECBU à envisager uniquement en cas d'évolution défavorable ou récurrence précoce		
- Respecter la prescription en 1 ^{ère} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} intention(s). <i>Cf. supra</i>		
- Non indiqués : amoxicilline ± ac. clavulanique, TMP-SMX, C3G		
- Non recommandées : Norfloxacine (NORXINE®), lévofloxacine (TAVANIC®), loméfloxacine (LOGIFLOX®), énoxacine (ENOXOR®)		
<i>Pour la cystite aiguë à risque de complication (ex : âge ≥ 75 ans) :</i>		
- ECBU systématique en cas de BU positives		
- Si possible, antibiothérapie différée adaptée aux résultats de l'antibiogramme		

Echanges avec les participants

« If we fail to act, we are looking at an almost unthinkable scenario where antibiotics no longer work and we are cast back into the dark ages of medicine ¹ »

Si nos actions échouent, nous assisterons au scénario impensable selon lequel les antibiotiques ne fonctionneront plus et nous retournerons aux sombres années de la médecine ¹

David Cameron, UK Prime Minister

[1] [May 19, 2016 – Tackling Drug-Resistant Infections Globally: final report and recommendations](#)