

Journée « Antibiotiques et résistances bactériennes »  
21 juin 2018

**Prise en charge par les médecins généralistes béarnais des  
infections urinaires communautaires à Entérobactéries  
sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu.**

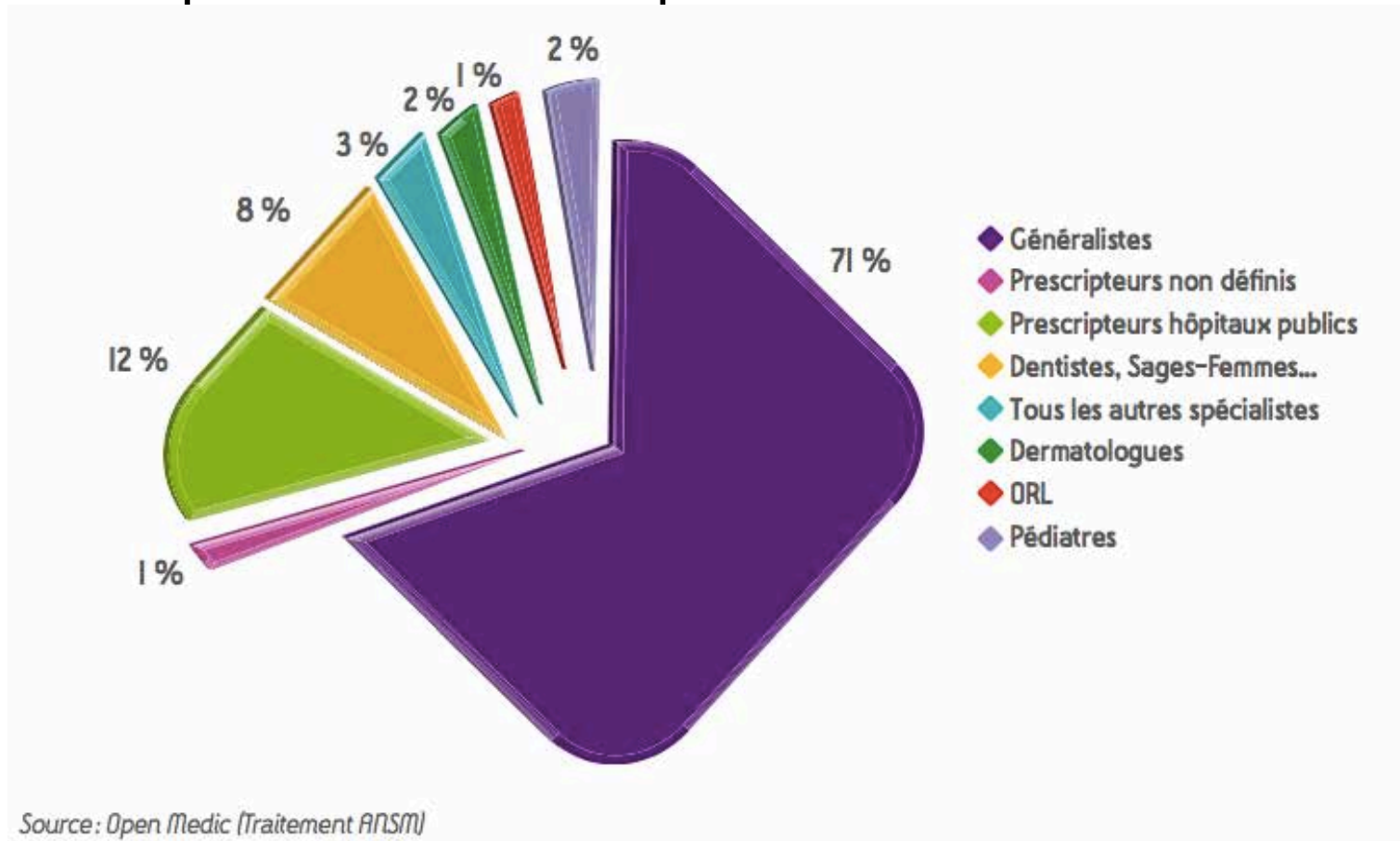
Dr Lucie FERRATON  
Service de médecine polyvalente  
Centre Hospitalier d'Orthez (64)

# Pourquoi ce sujet ?

- La multi-résistance :
  - Problème de morbi-mortalité
  - Coût financier
  - Propagation : les EBLSE
- Relation entre antibiorésistance et consommation antibiotique

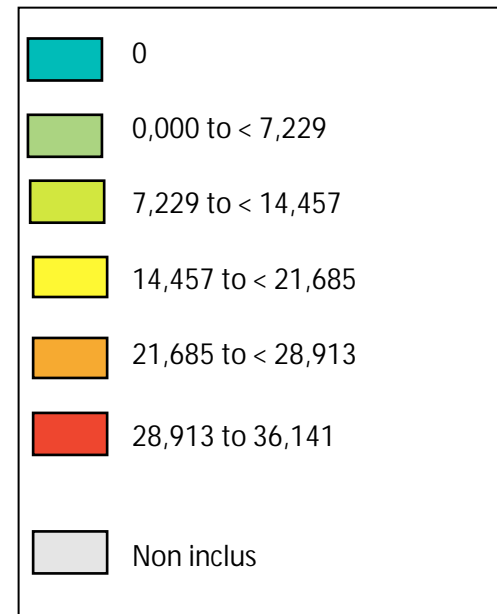
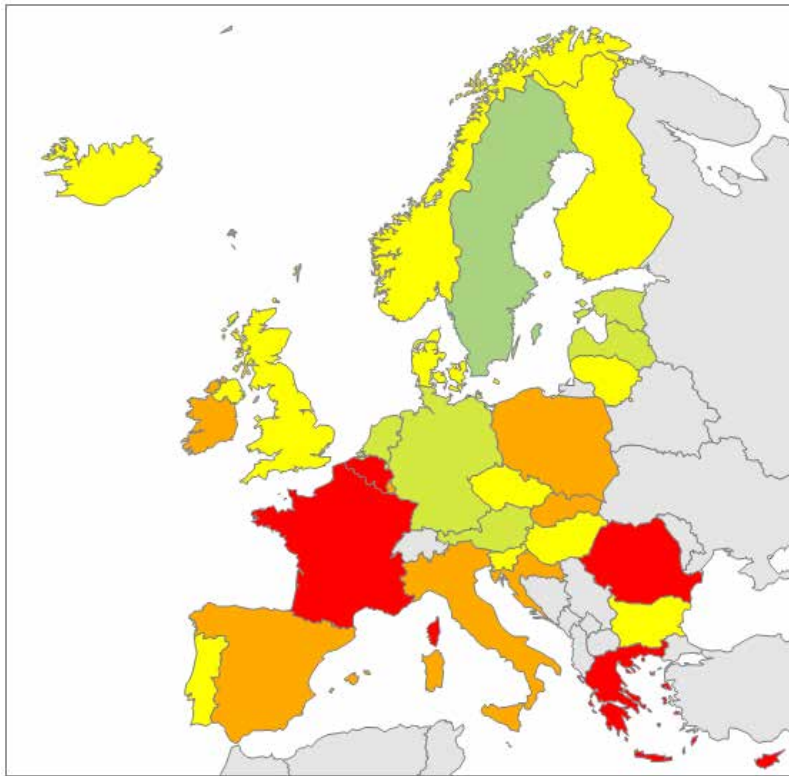
# Place du médecin généraliste

- Premier prescripteur d'antibiotiques en France



# Place du médecin généraliste

- Consommation d'antibiotiques en France : en terme de quantité



# Place du médecin généraliste

- Consommation d'antibiotiques en France : en terme de quantité
- Consommation d'antibiotiques en France : en terme de qualité
  - Molécules à large spectre
  - Sous-dosage
  - Durées de traitement trop longues

# Hypothèses et objectifs

- Comment les médecins généralistes béarnais prennent-ils en charge les infections urinaires à EBLSE ?
- Sont-ils préoccupés par ce sujet ?
- Sont-ils en difficulté ?
- Comment les aider ?

# Population de l'étude

- 200 médecins généralistes béarnais tirés au sort.
- Questionnaires en 4 parties :
  - Ø données démographiques
  - Ø connaissances et opinions sur l'antibiorésistance
  - Ø cas clinique
    - 50 médecins dans le groupe « cystite simple »
    - 50 médecins dans le groupe « cystite à risque de complications »
    - 50 médecins dans le groupe « pyélonéphrite aiguë simple »
    - 50 médecins dans le groupe « infection urinaire masculine »
  - Ø parcours de soins et formation

# Choix du référentiel et critères de jugement

- Hiérarchisation des antibiothérapies possibles :



	ATB de 1 <sup>ère</sup> intention (durée en jours)	ATB de 2 <sup>ème</sup> intention (durée en jours)	ATB non recommandée	ATB non efficace
Cystite aiguë simple	Fosfo-Tro (1)	Pivmecillinam (5) Nitrofur (5)	Tout traitement injectable	Fluoroquinolones Amox-ac.clav
Cystite aiguë à risque de complications	Nitrofur (7)	TMP-SMX (5) Amox-ac.clav (7) fosfo-tro (?)	Fluoroquinolones	Amoxicilline Pivmecillinam Céfixime
Pyélonéphrite aiguë simple	TMP-SMX (10)	Pipé-tazo (7) Cefoxitine (7) Genta (5 à 7)	Carbapénèmes	Amox-ac.clav Nitrofur Fosfo-tro Pivmecillinam Fluoroquinolones
Infection urinaire masculine aiguë simple	TMP-SMX (14)	Pipé-tazo (21) Cefoxitine (21) Céfépim (21)	Carbapénèmes	Fluoroquinolones Nitrofur Fosfomycine-tro Pivmecillinam Amox-ac.clav Aztreonam

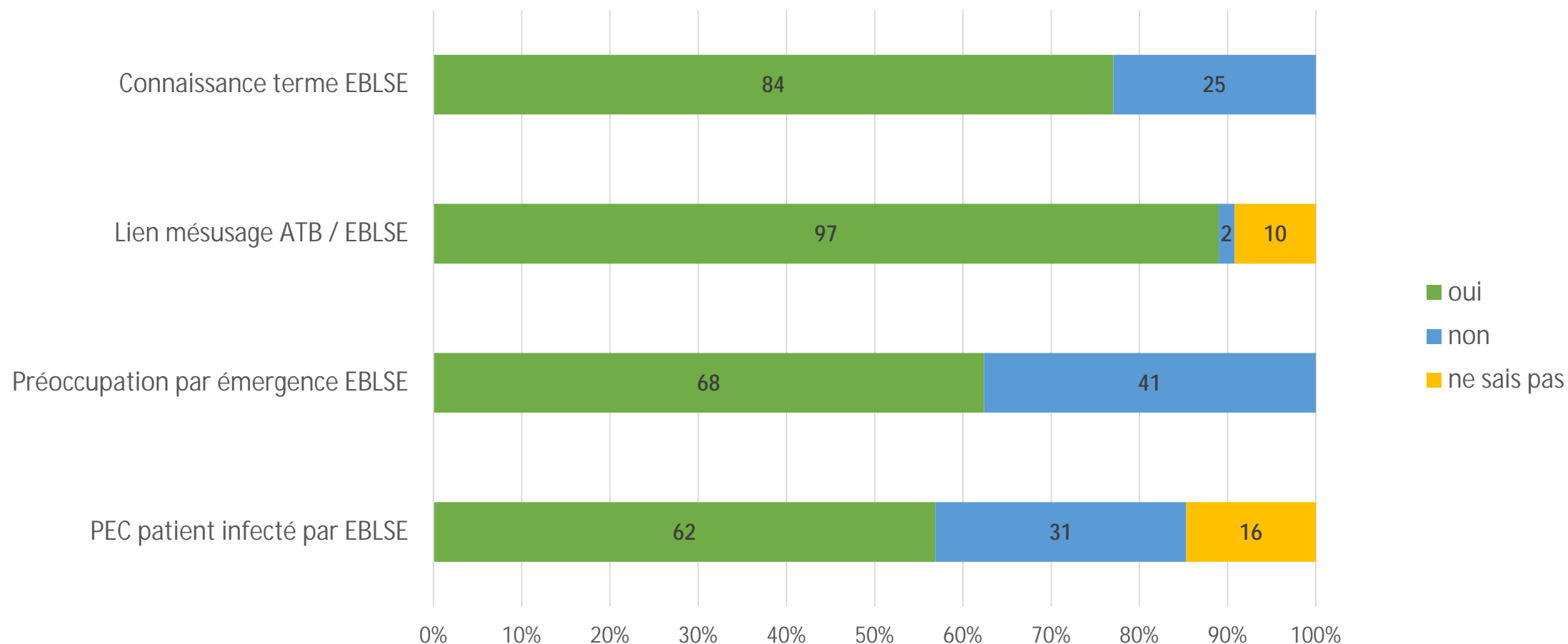
# Choix du référentiel et critères de jugement

- Hiérarchisation des antibiothérapies possibles
- Critère principal : « concordance totale »  
Molécule de 1<sup>ère</sup> intention + posologie + durée + absence d'ECBU de contrôle
- Critères secondaires :
  - Antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention
  - Durée de traitement adaptée
  - Absence d'ECBU de contrôle

# Population de médecins généralistes

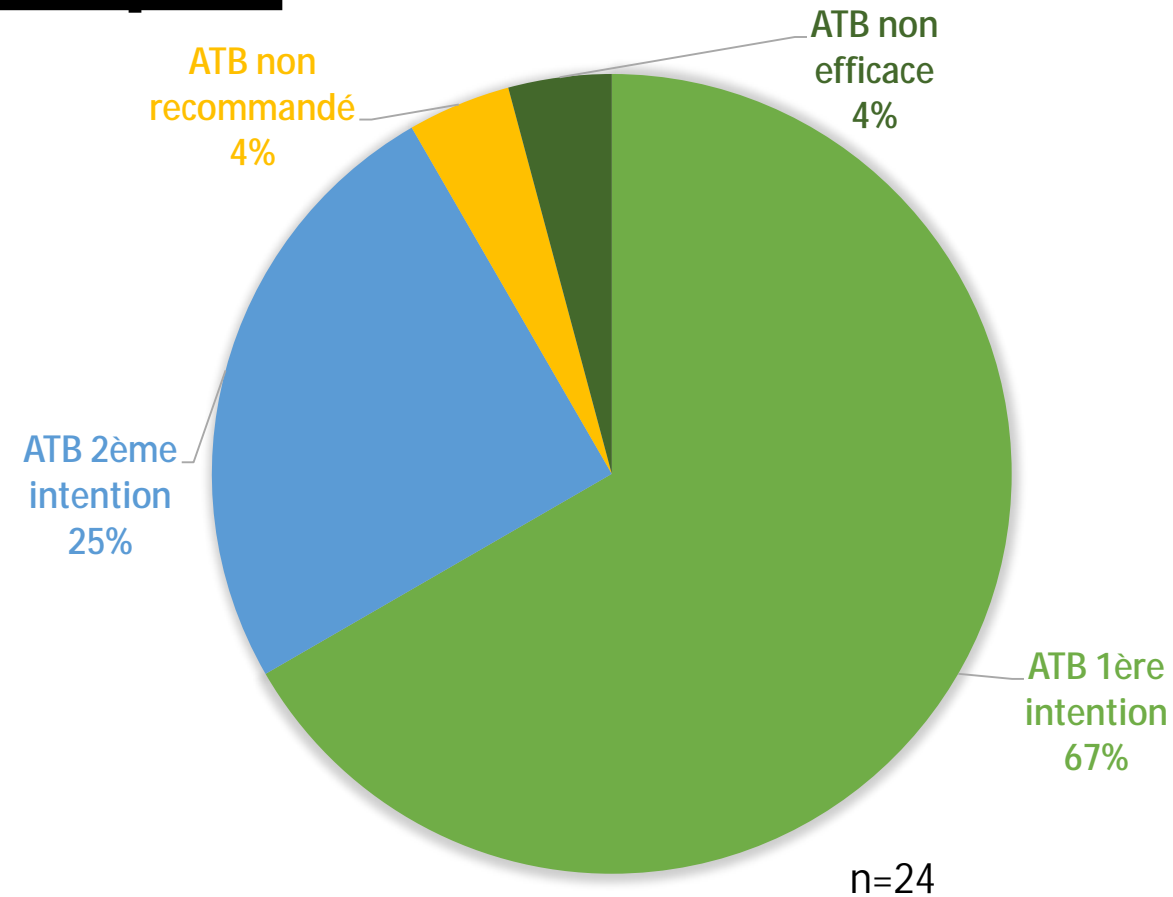
- Taux de réponse = 54,8 % (n=109)
- Age moyen 48,85 ans, 2 hommes pour 1 femme
- Expérience moyenne = 18,75 ans
- Activité moyenne = 25,84 patients/jour

# Opinions et Connaissances



# Cystite simple

- Fosfomycine-trométamol (n=16)
  - 2 médecins (12,5%) doublent la posologie
  - 3 médecins (18,75%) allongent la durée
- Pivmecillinam (n=4),
- Nitrofurantoïne (n=2)
- Ertapénème (n=1)
- Amoxicilline-acide clavulanique (n=1)



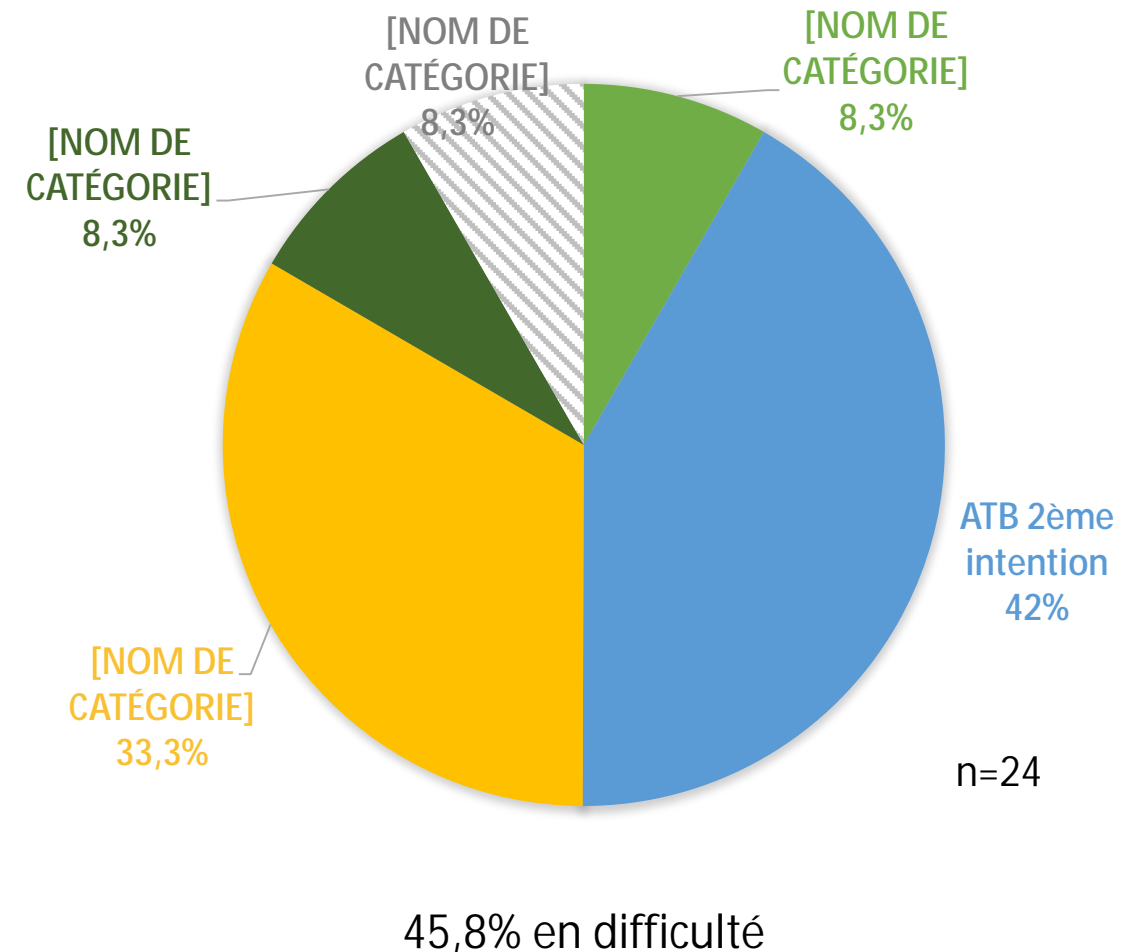
37,5% en difficulté

# Bactériurie asymptomatique

- 54,2 % des médecins instaurent une antibiothérapie (n=13)
  - 2 médecins en raison du caractère BMR de la bactérie

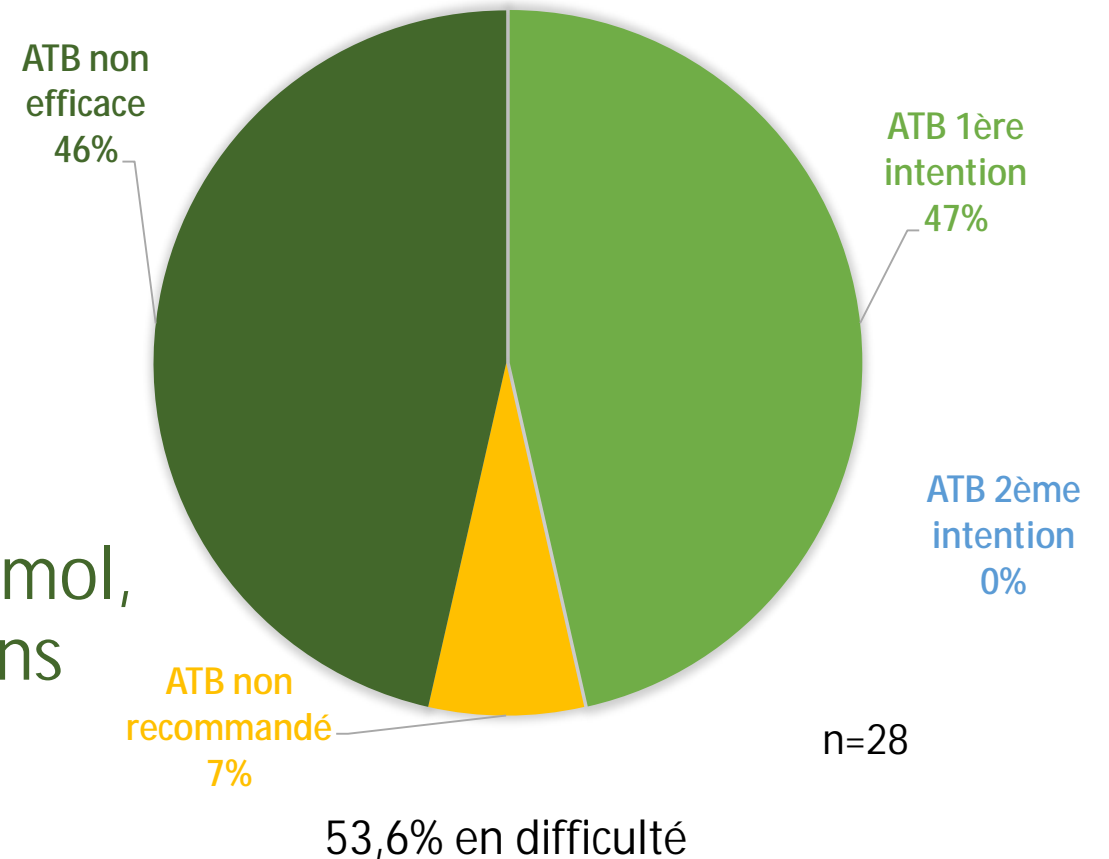
# Cystite à risque de complications

- Nitrofurantoine (n=2)
  - Durée de 7 jours
  - Posologie faible
- TMP-SMX (n=7),
- Fosfomycine trométamol (n=3)
- Fluoroquinolones (n=8)
- Cefixime (n=2)



# Pyélonéphrite aiguë simple

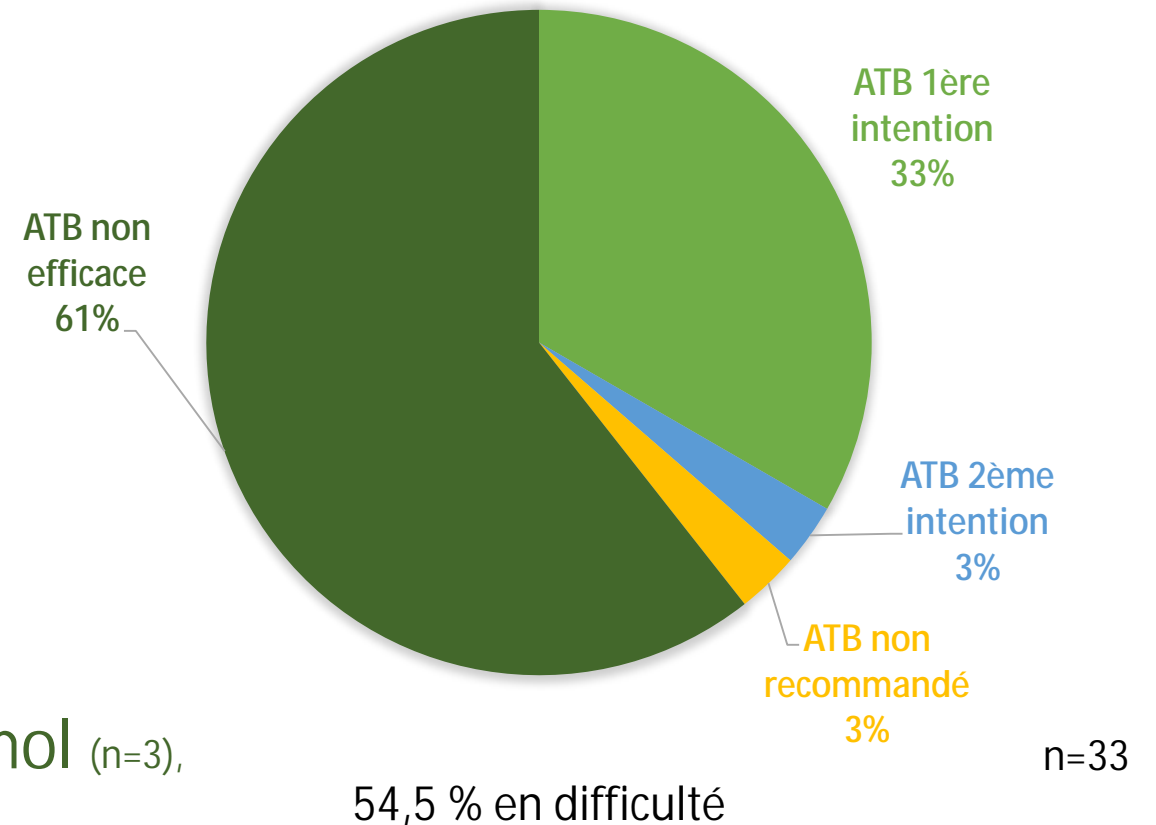
- **TMP-SMX** (n=13)
  - Posologie correcte
  - 53,8% de durée correcte
- **Ertapénème** (n=1), **associations** (n=1)
- Nitrofurantoïne, fosfomycine trométamol, pivmecillinam, ceftriaxone, associations





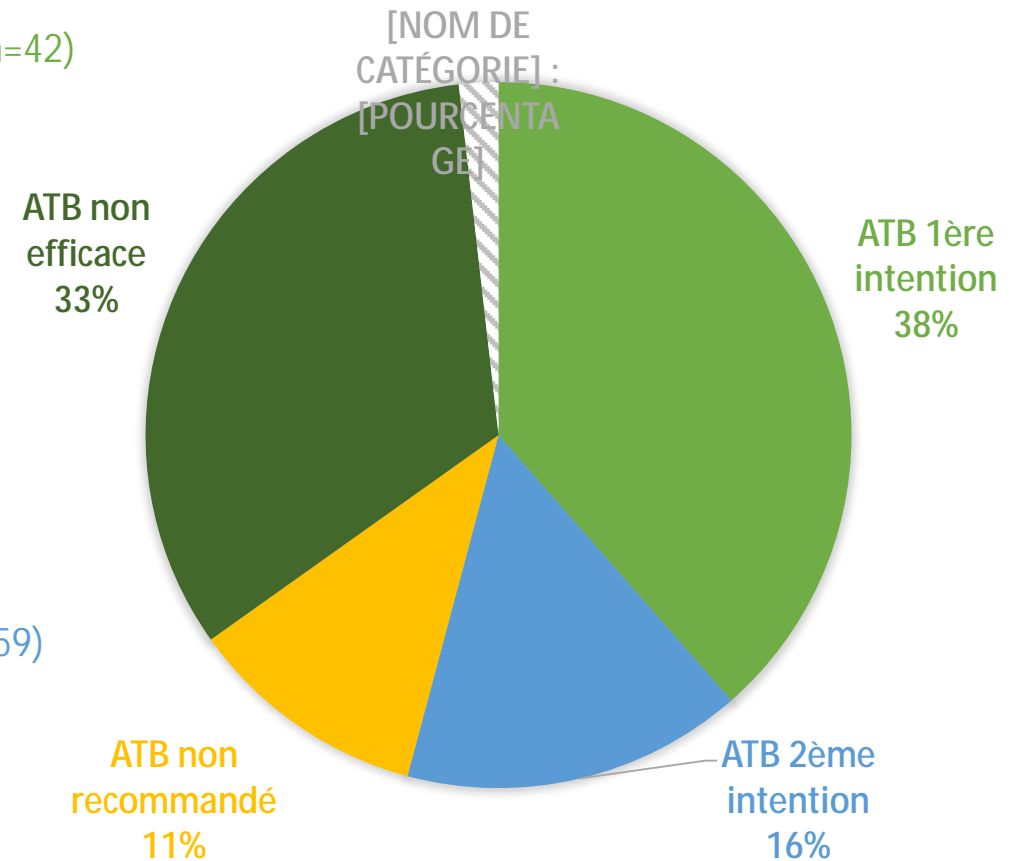
# Infection urinaire masculine

- **TMP-SMX** (n=11)
  - Posologie correcte
  - 36,4% de durée correcte
- **Cefoxitine** (n=1)
- **Ertapénème** (n=1)
- Fluoroquinolones, ceftriaxone,
- Amoxicilline-acide clavulanique (n=9), nitrofurantoïne, fosfomycine trométamol (n=3), pivmecillinam, associations



# Tout cas clinique confondu

- 38,5% d'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention (n=42)
- 92,9% de posologies adéquates
- 61,9% de durée correcte
  - 22,9% antibiotique + posologie + durée (n=25)
- 54 % d'antibiothérapies recommandées (n=59)
  - Mais 27,5% d'antibiothérapies recommandées + posologie + durée (n=30)



49,5% en difficulté

n=109

# Concordance totale

- 17,4% de concordance totale (n=19)
  - Antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention : 38,5%
  - Durée de traitement adaptée : 57,1%
  - Absence d'ECBU de contrôle : 48,6 %
- Associations significatives :
  - Age du médecin et expérience vs durée de traitement et ECBU de contrôle

# Formation et Parcours de soin

- 40,4% avaient lu les recommandations
- 3,7% avaient suivi une formation
- 20,2% avaient déjà un référent en infectiologie
- 74,3% favorables à la diffusion d'une ligne directe avec un référent
- 88,1% favorables à la diffusion d'un outil d'aide à la prescription

# Limites et forces

- Manque de puissance
- Cas cliniques ne reflètent pas la réalité
- Aspects de la prise en charge non étudiés (ATB différée, mesures associées, examens complémentaires)
- Antibiothérapies « idéales »
- Référentiel hiérarchisé

# Comment améliorer nos prescriptions ?

- Le référent en infectiologie :
  - Amélioration des prises en charge
  - Mais non systématique
- La formation des médecins :
  - Choisie par le médecin
- L'information :
  - Evaluation des pratiques professionnelles + retour sur expérience

# Comment améliorer nos prescriptions ?

- Les mesures incitatives :
  - Timides à ce jour (ROSP uniquement)
  - Cibler les « gros prescripteurs »
- Les mesures coercitives :
  - Limiter les durées ?
- L'aide à la prescription :
  - Les sites internet
  - Le « kit BLSE »

- Les médecins généralistes sont le premier rempart à l'émergence des EBLSE.
- Pour la première fois, des recommandations prennent en compte la possibilité de BMR dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste.
- Nécessité d'améliorer l'ensemble de la prescription antibiotique, dans tous les domaines.
- Développer des outils d'aide à la prescription.



*« A moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère post-antibiotiques, où des infections courantes et des blessures mineures qui ont été soignées depuis des décennies pourraient à nouveau tuer »*

*Dr Keiji Fukuda, Sous-Directeur général de l'OMS,*

*30 avril 2014.*

Merci de votre attention