

Quiz bon usage des antibiotiques 2017

Lors de la journée nationale du bon usage des antibiotiques 2017, le CPIAS Occitanie a choisi d'en assurer la promotion en organisant un quizz régional destiné aux professionnels médicaux et paramédicaux des établissements de santé.

Le questionnaire, initialement élaboré par le service de maladies infectieuses du CH de Perpignan, est composé de 10 items à réponses « Vrai » ou « Faux » sur le bon usage des antibiotiques. Il a été proposé aux référents antibiotiques de chaque établissement, chargés de la diffusion en interne de ce quizz. Présenté sur un formulaire Google drive, il était accessible via un lien pendant 14 jours. Afin de permettre une exploitation optimale, les répondants ont renseigné au préalable, le nom de leur établissement, leur secteur d'activité et leur fonction.

84 établissements et 718 professionnels de santé ont participé, les réponses ont ensuite été extraites sur tableur Excel, permettant l'automatisation de la présentation des résultats (tableaux et graphiques). Un rapport personnalisé a été renvoyé à tous les établissements totalisant plus de 10 réponses.

La démarche a été très bien accueillie par les professionnels de santé et les référents antibiotiques ont apprécié sa simplicité.

Les items proposés étaient : Réponse Vrai/Faux

- Les antibiotiques peuvent favoriser la diarrhée.
- Une escarre avec écoulement purulent et de la fièvre sont une indication suffisante pour prescrire un antibiotique.
- La friction des mains avec un produit hydro-alcoolique diminue le risque de transmission des Bactéries Multi-Résistantes.
- Un encombrement bronchique fébrile chez un patient âgé est une indication formelle de mise sous antibiotique.
- La vaccination antigrippale diminue la consommation d'antibiotiques.
- Urines troubles et ECBU positif indiquent la mise sous antibiotiques.
- La consommation d'antibiotiques en France est stable et parmi les plus élevées d'Europe.
- 10% des souches d'E Coli sont multi-résistantes (BLSE).
- Une CRP au-delà de 100 mg/l impose une antibiothérapie.
- L'allergie aux pénicillines est associée à une perte de chance.

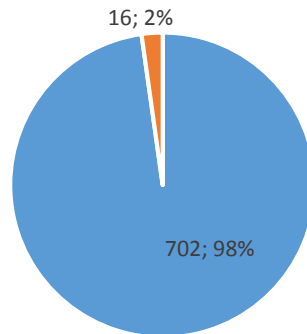
Les résultats sont présentés dans ce rapport avec l'argumentaire de la bonne réponse

Légende graphes :

- réponse exacte
- réponse fausse

1. Les antibiotiques peuvent favoriser la diarrhée.

VRAI : La diarrhée est un effet indésirable fréquent. Le plus souvent l'arrêt de l'antibiothérapie permet sa résolution.

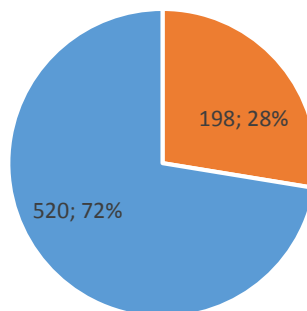


La réponse à cette question ne présentait aucune difficulté. L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical (99%) et le personnel paramédical (97%) est faible.

Argumentaire : Par leur action sur le microbiote digestif, tous les antibiotiques sont susceptibles de favoriser des troubles digestifs tels que la diarrhée.

2. Une escarre avec écoulement purulent et de la fièvre sont une indication suffisante pour prescrire un antibiotique.

FAUX : La fièvre peut avoir une autre origine que l'escarre. De plus, l'écoulement purulent est souvent traité par l'adaptation des soins locaux.



Avec près de 30 % de mauvaises réponses, on constate que la connaissance de l'indication d'un traitement antibiotique dans les escarres est à améliorer. L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical est là plus important, puisque les taux de bonnes réponses sont respectivement de 75% et 70%.

Argumentaire : Le traitement antibiotique par voie générale ne se justifie que lorsque l'infection d'escarre est avérée sur prélèvement profond. Les autres sources possibles de fièvre doivent être écartées avant toute antibiothérapie.

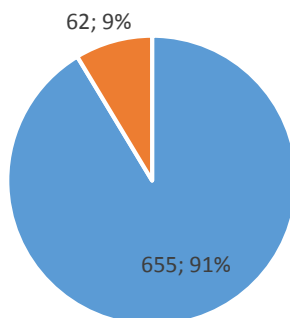
Outil consultable :

Conférence de consensus 2001 : Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjl1bLwi8jYAhWF-aQKHQNiDxUQFqgtMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2Fescarresdef_long.pdf&usq=AOvVaw3ihFDMC3v7cQGKcgad-3-S

Recommandations EMS Cclin 2013: Traitement anti-infectieux des escarres http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_Escarres_V%20Def.pdf

3. La friction des mains avec produit hydro alcoolique diminue le risque de transmission des Bactéries Multi-Résistantes.

VRAI : la friction des mains avec le produit hydro-alcoolique diminue le portage des micro-organismes sur les mains (bactéries sensibles ou résistantes, virus : entérovirus ou virus de la grippe par exemple) et leur transmission aux autres (soignants, soignés).



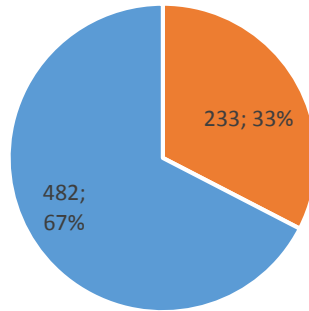
L'efficacité de la friction hydro-alcoolique est bien connue des répondants. L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical est faible.

Outil consultable :

Recommandation SF2H 2009 : Hygiène des mains <https://sf2h.net/publications/hygiene-des-mains>

4. Un encombrement bronchique fébrile chez un sujet âgé est une indication formelle de mise sous antibiotique.

FAUX : Devant un tableau de bronchite infectieuse fébrile, l'antibiothérapie n'est pas indiquée.



La non indication d'une antibiothérapie lors d'une bronchite chez le sujet âgé sans autre facteur de risque n'est pas connue par 33 % des répondants et est à améliorer. Les taux de bonnes réponses de la part du personnel médical et paramédical sont respectivement de 73% et 61%.

Collège des Enseignants de Pneumologie - 2017



Argumentaire :

I. BRONCHITE AIGUË DU SUJET SAIN

Inflammation aiguë des bronches et bronchioles (voies de conduction), le plus souvent de nature infectieuse, sans atteinte du parenchyme pulmonaire et notamment des alvéoles (surface d'échange).

I.1. Epidémiologie

Très fréquente (environ 10 millions de cas/an en France), surtout durant la période hivernale. De cause virale dans 90% des cas (rhinovirus, influenza, para-influenza, adénovirus, virus respiratoire syncytial, métapneumovirus humain...).

I.2. Diagnostic

Il est clinique :

- caractère épidémique, période hivernale;
- toux : initialement sèche puis productive, volontiers douloureuse à type de brûlures thoraciques bilatérales et rétro-sternales dessinant l'arbre bronchique (trachée et grosses bronches);
- expectoration : muqueuse ou purulente;
- signes généraux inconstants : fièvre et symptômes viraux (céphalées, myalgies, malaise...);
- auscultation : râles bronchiques, voire auscultation normale, mais surtout absence de crépitations en foyer (signe négatif important).

Aucun examen complémentaire n'est justifié²

I.3. Traitement

Ambulatoire et symptomatique +++ : antipyrétique (paracétamol).

L'absence d'antibiothérapie est la règle chez l'adulte sain (=BPCO).

Ne sont pas recommandés (et potentiellement délétères) : corticoïdes systémiques et/ou inhalés, anti-inflammatoires non stéroïdiens, mucolytiques, expectorants.

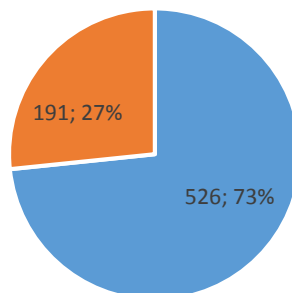
L'évolution est spontanément favorable avec disparition de la fièvre en 3 jours et des signes respiratoires en une dizaine de jours. Si ce n'est pas le cas, reconsidérer le diagnostic.

Autres sources : SPILF, Pilly,

HAS, http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_Bronchite_VDef.pdf

5. La vaccination anti grippale diminue la consommation d'antibiotiques.

VRAI : Les tableaux pseudo grippaux sont source de mésusage antibiotique et l'infection grippale peut se compliquer de surinfection bactérienne. La vaccination permet de diminuer la circulation du virus et donc la consommation antibiotique associée.



Près de 27% des répondants méconnaissent l'apport de la protection vaccinale dans la diminution des prescriptions antibiotiques. L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical est important, puisque les taux sont respectivement de 84% et 60%, ce qui peut être un frein à l'adhésion de la vaccination notamment antigrippale des paramédicaux.

Argumentaire :
Les antibiotiques (45% des dépenses concernant les médicaments en relation avec la grippe) atteignent de forts pics de dépenses durant l'épisode grippal : +62% en montant remboursé. Pourtant, ces médicaments ne sont généralement pas adaptés au traitement de la grippe sauf en cas de complications.

Source : GROG : groupes Régionaux d'observation de la grippe

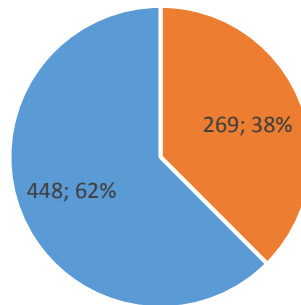
http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjn3I2mtr7YAhXH16QKHclIAJoQFqg7MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.groq.org%2Fdocuments%2Fjour_2002%2Ffromentin_vf.pdf&usq=AOvVaw2LkcFPuU1ybQuxicebEcEY

Outil consultable :

http://ansm.sante.fr/content/download/112223/1422037/version/1/file/Brochure_Antibioresistance_2017.pdf

6. Urines troubles et ECBU positif indiquent la mise sous antibiotiques.

FAUX : Les urines troubles peuvent être associées à une déshydratation et il faut rechercher les signes fonctionnels urinaires ou de décompensation chez le sujet âgé avant de décider de tenir compte d'un ECBU positif. Effectivement il peut s'agir d'une simple colonisation qui ne se traite pas.



38% des répondants n'intègrent pas l'importance des signes cliniques pour identifier une infection urinaire nécessitant un traitement antibiotique. L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical est important, puisque les taux sont respectivement de 76% et 46%. Cette méconnaissance de près d'un personnel infirmier sur deux peut être à l'origine d'excès de réalisation d'ECBU et d'incitation à la prescription d'antibiotiques. Leurs connaissances des manifestations cliniques d'une infection doivent donc être approfondies.

Argumentaire 1 :

Il existe peu de différences sur les antibiotiques utilisables dans chaque situation clinique. C'est seulement l'ordre de préférence des antibiothérapies qui dépend du caractère simple, à risque de complication ou grave de l'IU.

A. Colonisation urinaire chez la femme

- Une colonisation urinaire est l'isolement d'une bactérie dans l'urine, quelle que soit sa quantité (sauf chez la femme enceinte où le seuil de significativité est fixé à 10^5 UFC/ml sur deux ECBU consécutifs ; voir paragraphe dédié), **qu'il y ait une leucocyturie associée ou non, et en l'absence de tout signe fonctionnel urinaire, de fièvre et de syndrome inflammatoire biologique.**
- Seule la **qualité du recueil urinaire** permet donc de distinguer une colonisation urinaire d'une contamination extra-urinaire de l'ECBU. Si l'on pense que le recueil urinaire a pu être contaminé, il semble raisonnable de refaire le prélèvement avant de considérer qu'il s'agit d'une colonisation.
- Il n'y a lieu de traiter une colonisation urinaire **qu'avant un geste invasif sur les voies urinaires** et chez la **femme enceinte** (voir paragraphe dédié).

Source : Collège universitaire des Enseignants en Néphrologie

Argumentaire 2 :

2. 3. Colonisation urinaire du sujet âgé

La spécificité principale du sujet âgé est la très haute prévalence de la colonisation urinaire [20]. Le risque de colonisation augmente avec l'âge, le sexe féminin et la dépendance (résidence en institution). Chez les femmes autonomes vivant à domicile, cette prévalence est de 10 % entre 70 et 80 ans, alors que chez les sujets des deux sexes vivant en institution, elle varie de 20 à 50 % selon les études [21]. Au-delà de 80 ans, un tiers à la moitié des femmes présentent une colonisation urinaire, et un homme sur quatre. La dernière enquête française montrait que 28% des ECBU avec bactériurie significative chez les patients âgés hospitalisés étaient en fait des colonisations urinaires et non des IU [22].

Les colonisations ne doivent pas être traitées [9,20,23].

Le risque est de traiter à tort une colonisation urinaire ou une suspicion d'IU devant un sepsis d'étiologie indéterminée, alors que l'infection est d'une autre origine (par ordre de fréquence : pulmonaire, digestive, cutanée...).

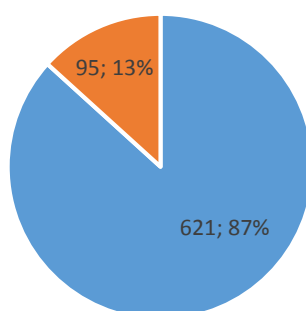
Source : SPILF 2015 : *Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte* <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-spilf.pdf>

Autre référence consultable : Site de l'association française d'urologie : <http://www.urofrance.org/nc/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/revision-des-recommandations-de-bonne-pratique-pour-la-prise-en-charge-et-la-prevention-des-infect.html>

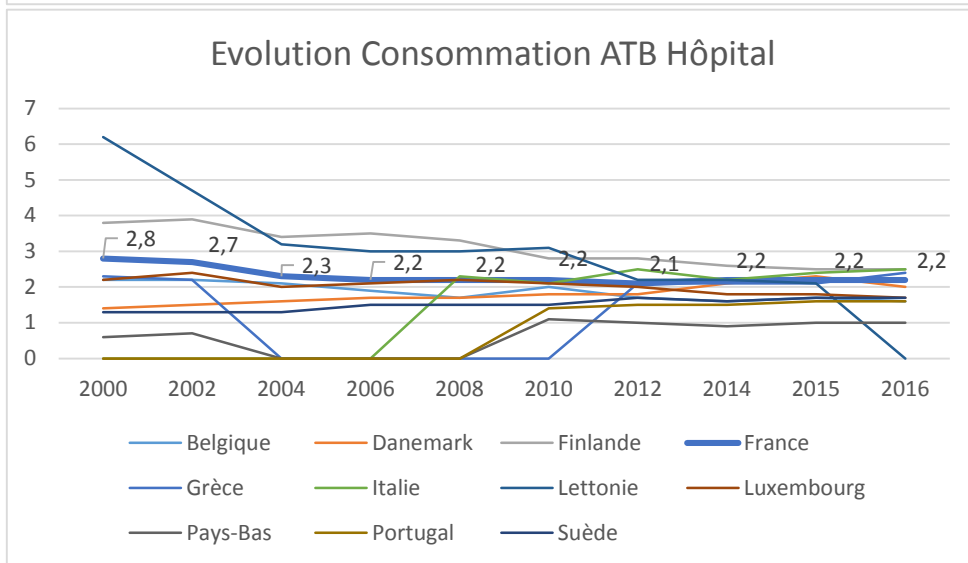
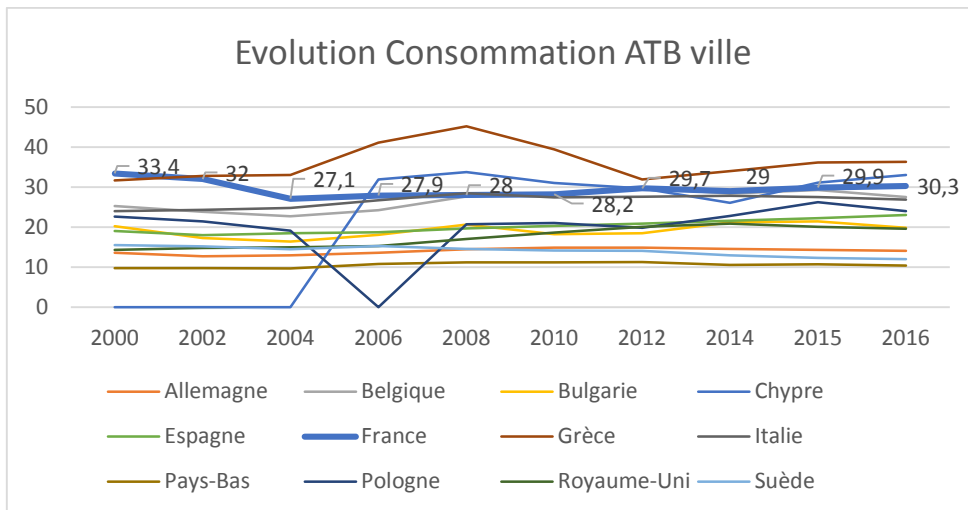
http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_InfUrinaire_VDef.pdf

7. La consommation d'antibiotiques en France est stable et parmi les plus élevées d'Europe.

VRAI : La France est parmi les plus gros consommateurs d'Europe et consomme jusqu'à 4 fois plus que ses voisins européens.



87% des répondants connaissent le mauvais score en terme de consommations antibiotiques de la France par rapport aux autres pays européens. Les paramédicaux ont un meilleur taux de bonnes réponses (91%) que le personnel médical (83%).



Sources consultables :

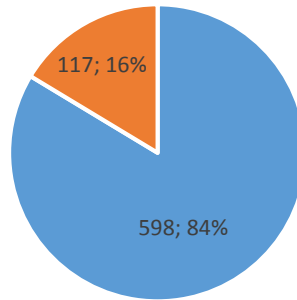
L'ANSM publie chaque année des bilans sur les consommations d'antibiotiques, et est donc la principale source d'information nationale.

- http://ansm.sante.fr/content/download/113089/1432671/version/1/file/Rapport+antibio_nov2017.pdf
- <http://ansm.sante.fr/content/download/98417/1249747/version/3/file/Resistance+Antibiotiques-nov2016.pdf>

- Medqual France : <http://www.medqual.fr/>

8. 10% des souches d'E Coli sont multi résistantes (BLSE).

VRAI : La surconsommation antibiotique, entraîne une pression antibiotique qui favorise la résistance bactérienne en augmentation, source d'impasse thérapeutique et de décès.



Le niveau de résistance de E.Coli sont globalement connus. Il n’y a pas de différence entre les personnels médicaux et paramédicaux.

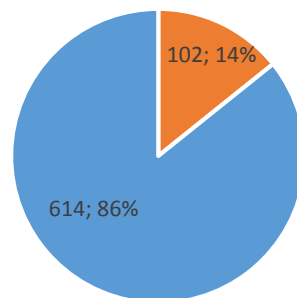
Argumentaire : En effet, si le taux d’infections à SARM diminue avec le temps, le nombre global d’infection à EBLSE est en constante augmentation.

Sources et outils :

- <http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AMR-surveillance-Europe-2016.pdf>
- Rapports annuels de l’ONERBA <http://onerba.org/publications/rapports-onerba/>
- Santé Publique France - InVS : <http://invs.santepubliquefrance.fr/>
dont « Surveillance des BMR dans les établissements de santé en France. Résultats 2014. » : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10621

9. Une CRP au-delà de 100 mg/l impose une antibiothérapie.

FAUX : la CRP élevée n’est pas obligatoirement associée à une infection de type bactérienne. Elle est fréquemment élevée en post-opératoire, au décours d'un infarctus du myocarde, ou dans des pathologies inflammatoires non infectieuses (maladie auto-immune, pathologie rhumatismale).



L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical est important, puisque les taux sont respectivement de 92% et 79% ; écart attendu du fait de la différence de formation entre les filières paramédicales et médicales.

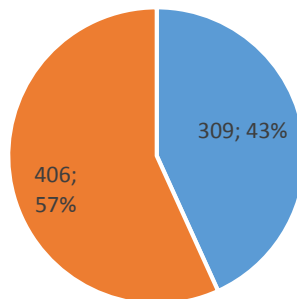
Argumentaire : La C Reactive Protein (CRP) est une protéine synthétisée par les hépatocytes. Sa seule cause d'augmentation est l'inflammation. C'est un marqueur précoce de la réponse inflammatoire. L'élévation de la concentration sérique de CRP peut être franche dans les infections bactériennes, dans certaines pathologies rhumatismales (polyarthrite rhumatoïde), digestives (maladie de Crohn), lors d'affections malignes (lymphome, carcinome), dans l'infarctus du

myocarde, lors de traumatismes. Son augmentation est plus faible dans les infections virales, le lupus, la rectocolite ulcéreuse hémorragique, les leucémies ou lors d'états inflammatoires concomitants à une insuffisance hépatocellulaire.

Source : www.cscq.ch/SiteCSCQ/FichierPDF_FR/FT-CRP-f.pdf

10. L'allergie aux pénicillines, est associée à une perte de chance.

VRAI : Les pénicillines sont une classe d'antibiotiques bactéricides et l'utilisation d'autres classes par défaut peut être associée à une perte de chance. Une allergie de plus de 10 ans avec signes cutanés isolés permet de réintroduire l'antibiotique.



La perception de la perte de chance associée à l'allergie aux pénicillines (pourtant pas toujours avérée) est faible. L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical est peu important.

Argumentaire :

Jusqu'à 10% des patients peuvent indiquer être allergique à la pénicilline. Or, 80 à 90% de ces patients n'ont pas de réelle allergie. Ceci n'est pas sans conséquence : la notion d'allergie peut conduire à ne pas mettre en route de bêta-lactamine dans une situation vitale (bactériémie à BGN par exemple) avec un risque de perte de chance pour le patient. Pour les infections peu sévères, le risque est principalement lié aux effets secondaires des alternatives et, en particulier, la sélection de souches résistantes.

Sources :

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjc_enS-b3YAhVD-qQKHd7ABblQFqgoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.infectiologie.com%2FUserFiles%2FFile%2Fmedias%2F_documents%2FATB%2Finfo-antibio%2Finfo-antibio-2014-mars.pdf&usq=AOvVaw2UIF1BpyFVczW8JkHyC5qD

Autres outils : SPILF, Fédération Française d'Infectiologie, HAS