



Le patient actif dans l'antibiothérapie

Rémy Gauzit
Unité de réanimation thoracique
Equipe mobile transversale d'infectiologie
CHU Cochin - Paris V

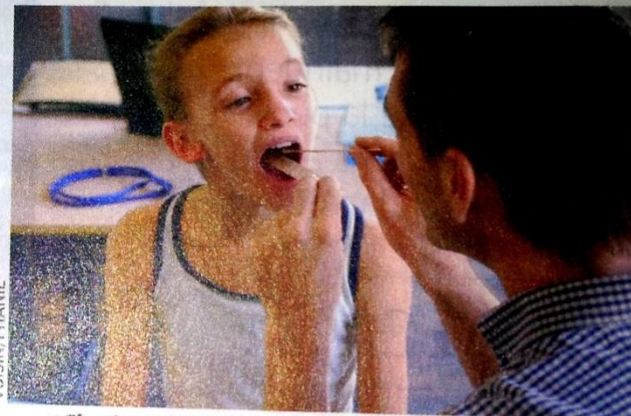
EN MÉDECINE

Prudence est mère de sûreté

Trop de médecins prescrivent encore des antibiotiques sans raison. Au risque de compromettre la santé future de leurs patients. À chacun de pratiquer la modération.

Le slogan est resté dans les esprits. «*Les antibiotiques, c'est pas automatique*», tout le monde connaît. Malheureusement, les amateurs de vers de mirliton pourraient aujourd'hui ajouter : «*Mais cette phrase n'est pas qu'un gimmick, il faut aussi la mettre en pratique.*» Car, si la première campagne sur ce thème a conduit à une baisse sensible des consommations, la pente remonte inexorablement depuis quelques années (voir graphique ci-dessous). Notre consommation se situe aujourd'hui à 30% au-dessus de la moyenne

En témoignent les résultats stupéfiants de l'enquête menée par *Que Choisir Santé* (voir encadré ci-dessous). Un bon conseil, si votre médecin a tendance à vous prescrire des antibiotiques à tour de bras, changez-en ! Et gardez à l'esprit quelques idées-forces que les campagnes publiques devraient marteler au lieu de se contenter de slogans simplistes : les antibiotiques ne peuvent rien contre les virus, responsables de la plupart des infections courantes (rhinopharyngites, bronchites, angines) ; ils n'agissent pas sur les symptômes de ces maladies



VOISIN/PHANIE

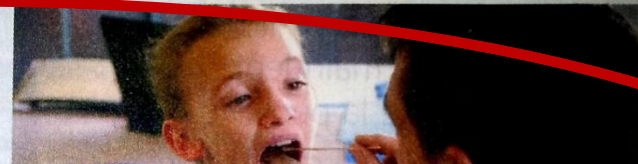
Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en !

bronchite qui traînait et, au bout d'une semaine, vous vous êtes décidé à prendre des antibiotiques. Vous êtes désormais guéri, c'est bien la preuve que vous en aviez besoin ! Eh bien, non. C'est juste la preuve que la toux provoquée par une bronchite peut

miraculeux mais pas omnipotents. Qui en abuse s'expose à une guérison plus difficile si des bactéries vraiment dangereuses passent à l'attaque (voir infographie exemple 3, p. 51). Et, comme le remarque le professeur Andremont : «*Les antibiotiques*

EN MÉDECINE *Prudence est mère de sûreté*

Trop de médecins prescrivent encore des antibiotiques sans raison. Au risque de compromettre la santé future de leurs patients. À chacun de pratiquer la modération.



Le slogan est resté En témoignent les résultats

Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en!

de million pourraient aujourd'hui ajouter : « Mais cette phrase n'est pas qu'un gimmick, il faut aussi la mettre en pratique ». Car si la première campagne sur ce thème a conduit à une baisse sensible des consommations, la pente remonte inexorablement depuis quelques années (voir graphique ci-dessous). Notre consommation se situe aujourd'hui à 30% au-dessus de la moyenne

antibiotiques à tour de bras, changez-en! Et gardez à l'esprit quelques idées-forces que les campagnes publiques devraient marteler au lieu de se contenter de slogans simplistes : les antibiotiques ne peuvent rien contre les virus, responsables de la plupart des infections courantes (rhinopharyngites, bronchites, angines) ; ils n'agissent pas sur les symptômes de ces

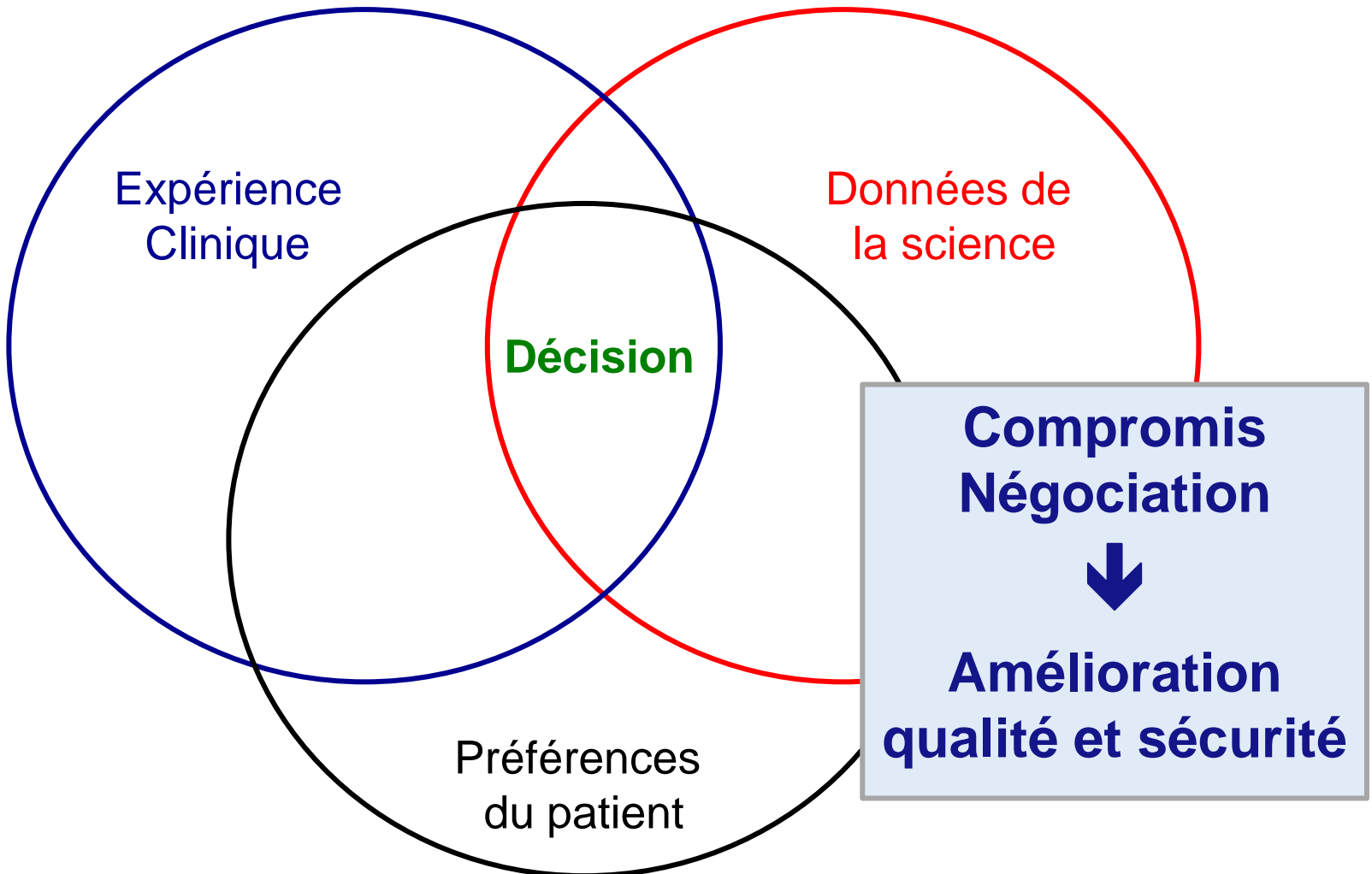


Si votre médecin a tendance à prescrire des antibiotiques à tout bout de champ, changez-en!

bronchite qui traînait et, au bout d'une semaine, vous vous êtes décidé à prendre des antibiotiques. Vous êtes désormais guéri, c'est bien la preuve que vous en aviez besoin! Eh bien, non. C'est juste la preuve que la toux provoquée par une bronchite peut

miraculeux mais pas omnipotents. Qui en abuse s'expose à une guérison plus difficile si des bactéries vraiment dangereuses passent à l'attaque (voir infographie exemple 3, p. 51). Et, comme le remarque le professeur Andremont : « Les U... »

Evidence-based medicine et décision partagée



Evidence-based-medicine et décision partagée

- Décision médicale partagée fonctionne suivant une échelle
- La conscience de cette liberté d'évolution doit faciliter la décision médicale partagée
- Phénomène dynamique qui doit s'adapter à la réalité des situations cliniques.

Echelle du degré de partage selon Makoul et Clayman :

- doctor alone
- doctor led & patient acknowledgement (sought or offered)
- doctor led & patient agreement (sought or offered)
- doctor led & patient views/opinion (sought or offered)
- shared equally
- patient led & doctor views/opinion (sought or offered)
- patient led & doctor agreement (sought or offered)
- patient led & doctor acknowledgement (sought or offered)
- patient alone

**Compromis
Négociation**

Antibiothérapie et décision partagée

ATB sans doute pas le meilleur champ

- Urgences vitales : choc septique, méningite, PAC hypoxémiante ...

MAIS : relation précocité ATB et pronostic démontrée uniquement pour les urgences vitales

- Absence d'alternative
- Effets II/efficacité : les médecins jugent le plus svu pour les patients
- Plus que décision partagée, il faut parler de décision informée

→ COMMUNICATION +++

Antibiothérapie et décision partagée

Certaines situation sont propices

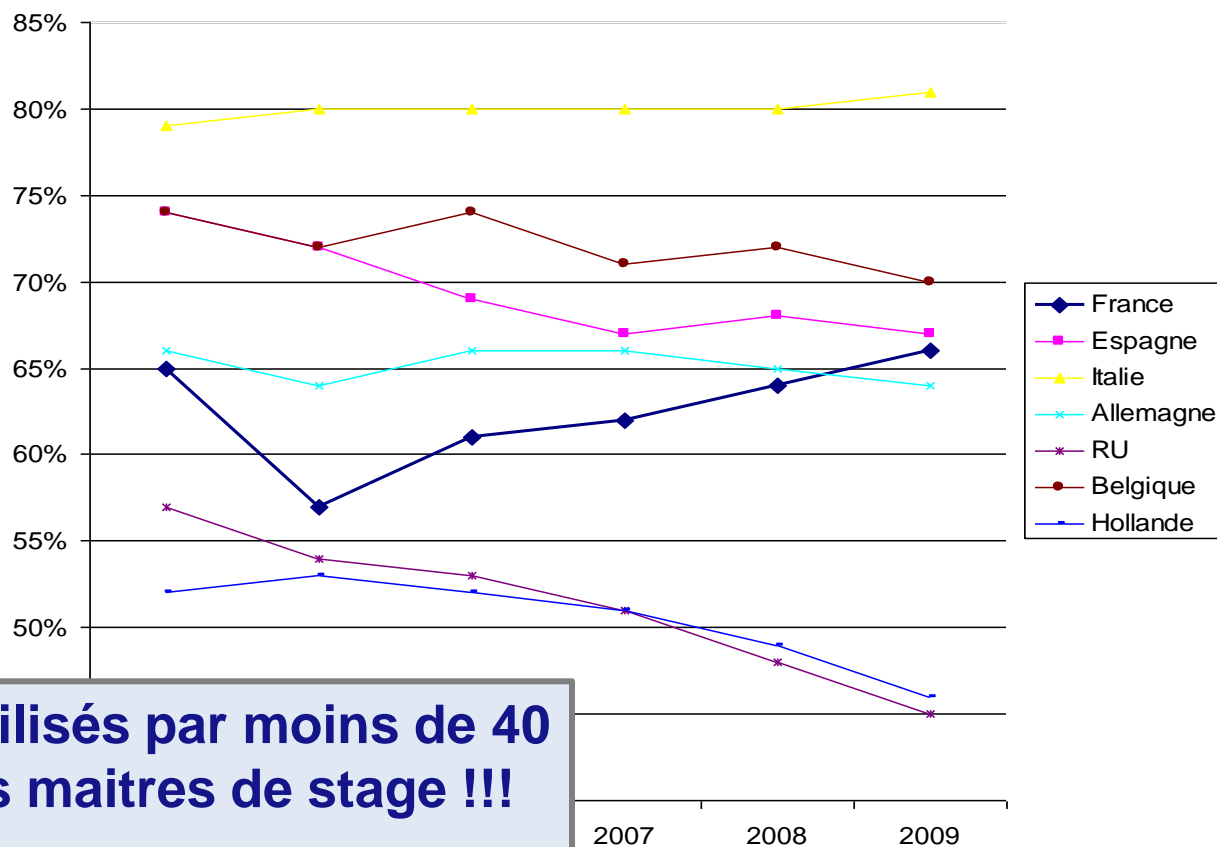
- Retour à domicile avec un traitement long (endocardites, inf ostéo-articulaires...) : traitement IV vs per os, adhésion/observance, EI/tolérance
- Réduction des prescriptions inappropriées
 - Non traitement des colonisations (bactériuries...)
 - Non traitement des infections virales (angines, bronchites...)
 - En réa 50 % des fièvres ne sont pas infectieuses
- Azithromycine au long court/ BPCO
- Réduction durées de traitement

Paradoxe des antibiotiques

- Guérison en quelques jours de maladies dont on a oublié qu'elles étaient mortelles
- Révolution considérée comme définitivement acquise
Alors que toutes les prescriptions d'ATB (*même parfaitement justifiées*) a un rôle sur la résistance
- Traitements courts, aux risques minimes
- Souvent perçus comme un médicament des symptômes, voire comme un antipyrétique
- Et trop souvent par les médecins comme un traitement de leurs angoisses
 - ➔ habitude de prescrire dans des non-indications

Angine: un taux de recours aux antibiotiques qui augmente en France

Prescriptions d'antibiotiques/ 100 diagnostics d'angine



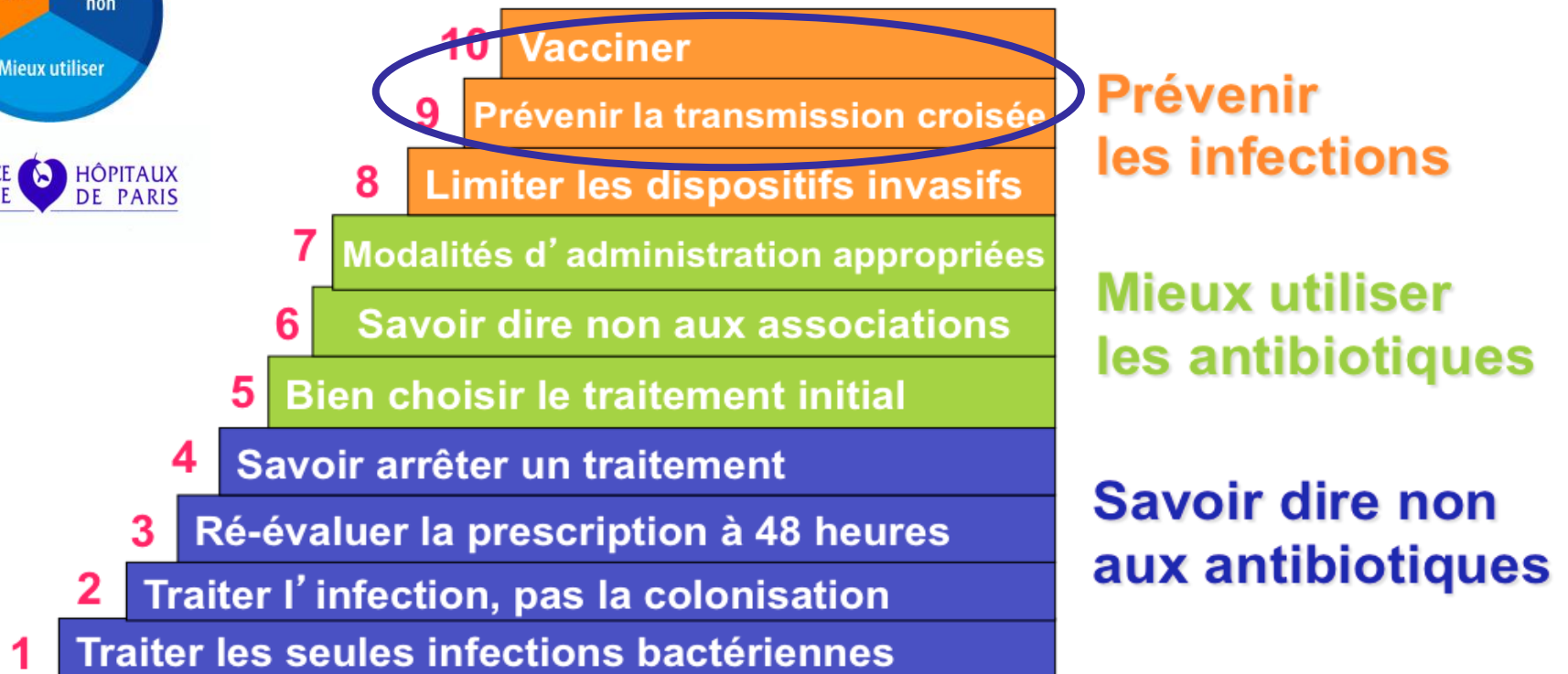
TDR utilisés par moins de 40 % des maitres de stage !!!

Préserver l'efficacité des ATB



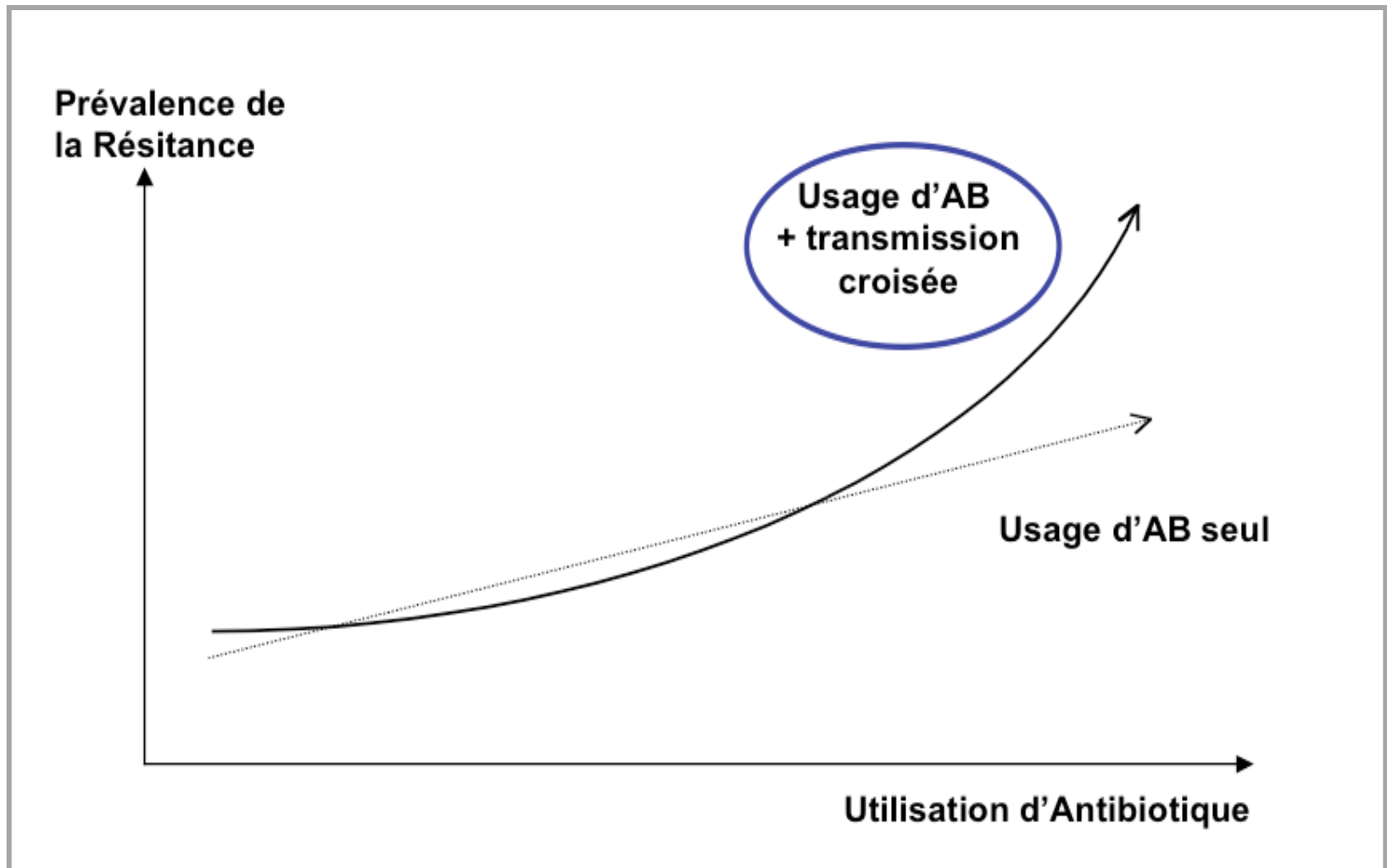
ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

3 volets, 10 messages clés

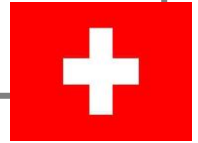


L'ensemble de ces messages est applicable aux ES, à la médecine de ville et aux EPHAD

Transmission croisée et hygiène

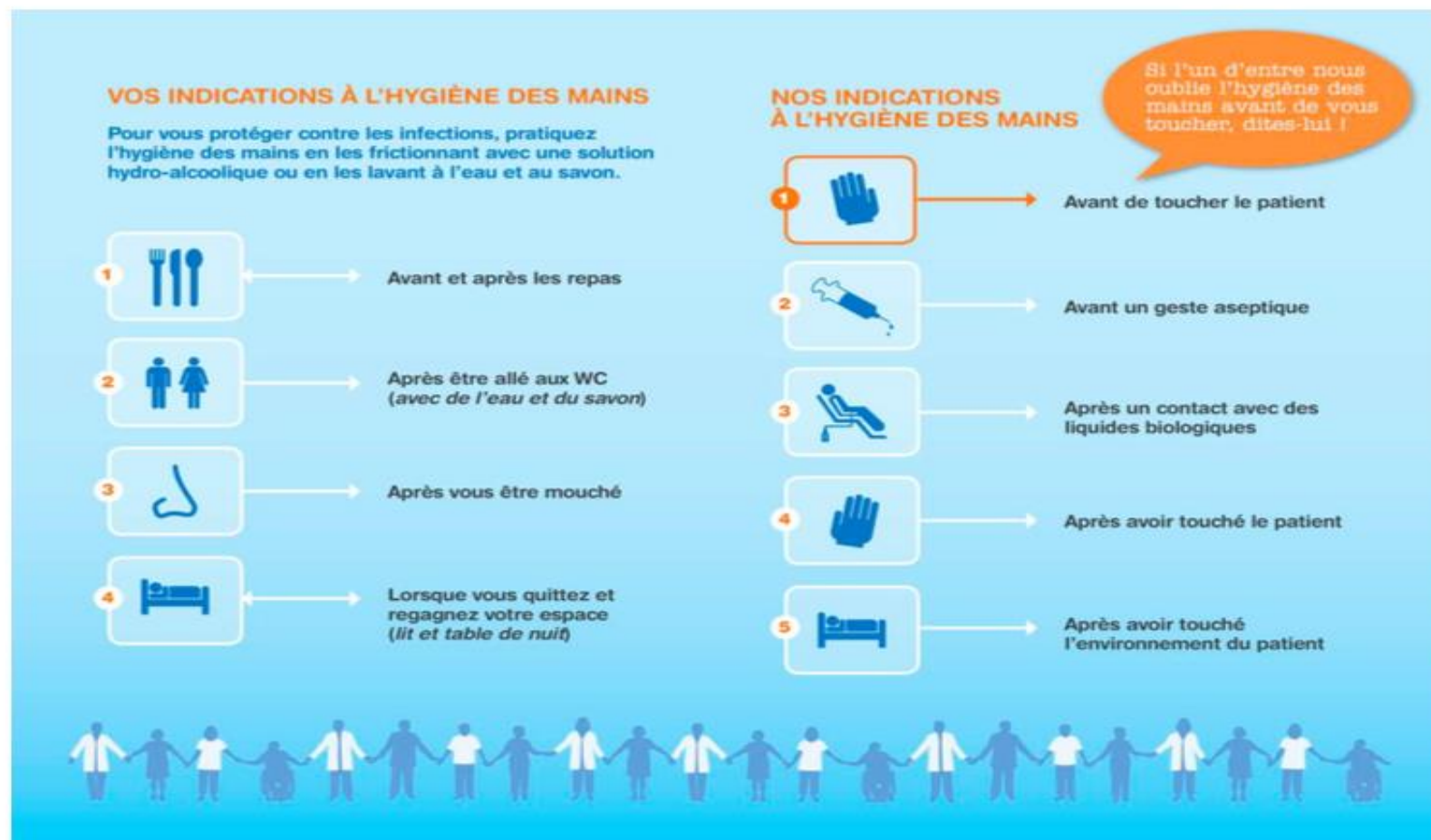


Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single-centre, cluster randomised controlled trial

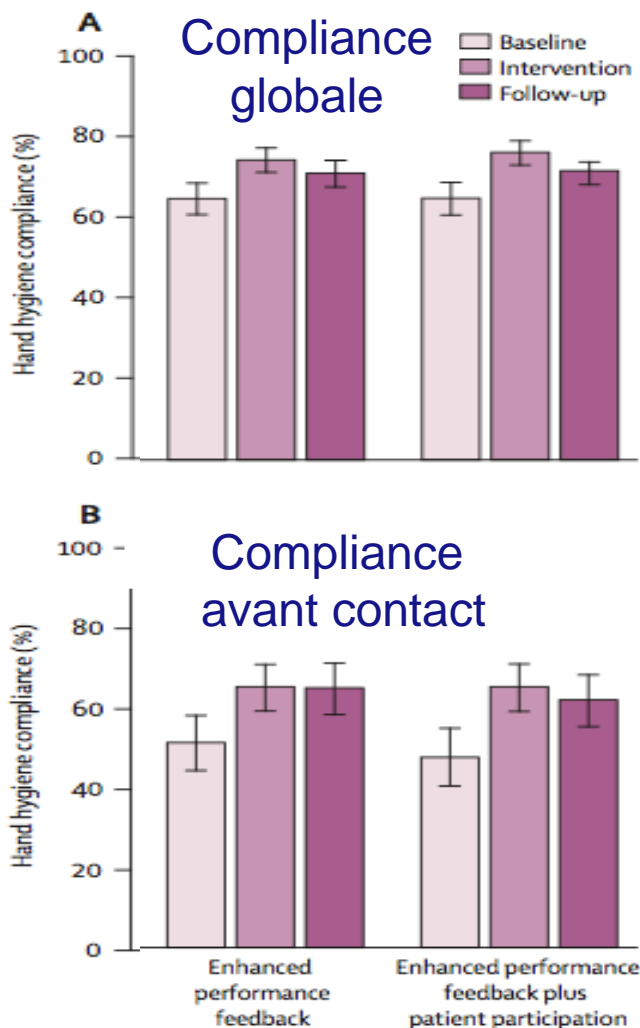


- CHU de Genève
- Etude randomisée en cluster
- **Hypothèse** : la participation des patients à l'hygiène des mains pourrait améliorer la qualité des soins :
 - 1) enseigner aux patients l'hygiène des mains pourrait sensibiliser et responsabiliser tous les intervenants
 - 2) rappels potentiels des patients pourraient ↗ la conformité des comportements en créant une norme sociale
 - 3) l'amélioration de l'hygiène des mains des patients pourrait réduire la transmission croisé
 - 4) faciliter le dialogue entre le personnel et les patients sur la sécurité des patients pourrait → d'autres changements de comportement positifs.

Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single-centre, cluster randomised controlled trial



Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single-centre, cluster randomised controlled trial





UNITE 6-BL

Votre score de avril à juin 2011

L'hygiène des mains a été correctement effectuée

8 fois sur 10

Moyenne dans votre département = 9 fois sur 10
Moyenne aux HUG = 8 fois sur 10



Votre tendance 

Créez l'émulation dans votre équipe et fixez ensemble votre nouvel objectif

fois sur 10

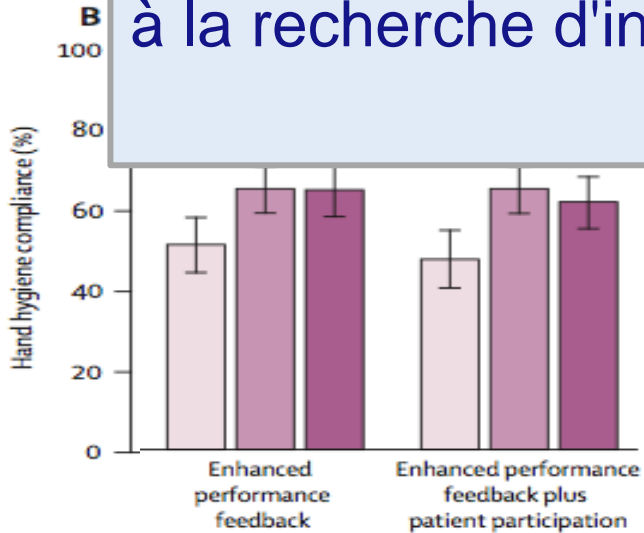
pour le trimestre prochain

Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single-centre, cluster randomised controlled trial



Conclusion des auteurs

Ces résultats suggèrent que la participation des patients pourrait être examinée (avec précaution) par les hôpitaux à la recherche d'interventions supplémentaires.



Vaccination

Les ligues anti-vaccins n'ont rien inventé

Déclaration du pape Léon XII en 1829

« Quiconque procède à la vaccination cesse d'être un fils de Dieu ; la variole est un châtiment voulu par Dieu, la vaccination est un défi contre le ciel ».



Most people think they know when they need antibiotics – they don't need the doctor to tell them

"I know my body"

"I know what's worked before"

The deciding factor is nearly always how ill they feel – it's about severity rather than type of illness

- Obtenir des ATB : validation du fait d'être malade → mise en place fréquente de stratégies pour les obtenir
- ATB : solution « parfaite »
- Mais méconnaissance de l'action des ATB (bactéries vs virus ?)

'AMR' means nothing to people – they can't even guess at what it stands for

- Beaucoup pensent que c'est la « personne » qui devient résistante
- Suspicion/résistance (on en parle pour faire des économies, conspiration des grandes compagnies, c'est « ailleurs »...)
- Les scientifiques régleront le problème

The current language needs to change – AMR is meaningless and 'antibiotic resistance' does not take people to the right place

- Coût financier ou nombre de vie « perdues » : aucun sens pour les gens
- Analogie au climat : inefficace
- « Superbug » a perdu son impact, par réaction au « sensationnalisme » des médias

EXCLUSIF. Trois morts à l'hôpital de Massy :
alerte à la bactérie tueuse



**Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care
(Review)**

2015



- 10 études randomisées (pays nord Europe, Canada)
- 1 100 MG, 492 000 patients
- Interventions basées sur :
 - formation en communication pour :
 - ✓ favoriser l'adhésion à la décision médicale (explication du problème, discussion des options, bénéfice/risque des options, clarifier les perceptions erronées...)
 - ✓ susciter les « préférences des patients »
 - OU idem + documents aux patient sur relation « ATB et infections respiratoires »

Figure 4. Forest plot of comparison: I Shared decision making versus usual care (control), outcome: I.1 Antibiotics prescribed, dispensed or decision to use (short-term, index consultation to ≤ 6 weeks).

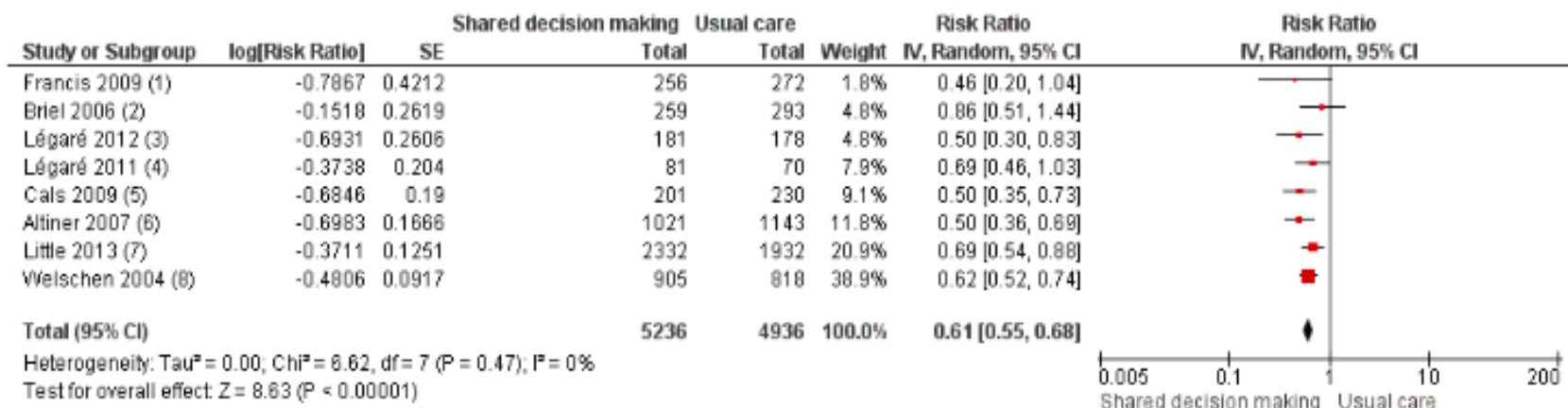


Figure 5. Forest plot of comparison: I Shared decision making versus usual care (control), outcome: I.2 Antibiotics prescribed or dispensed (longer-term, ≥ 12 months).

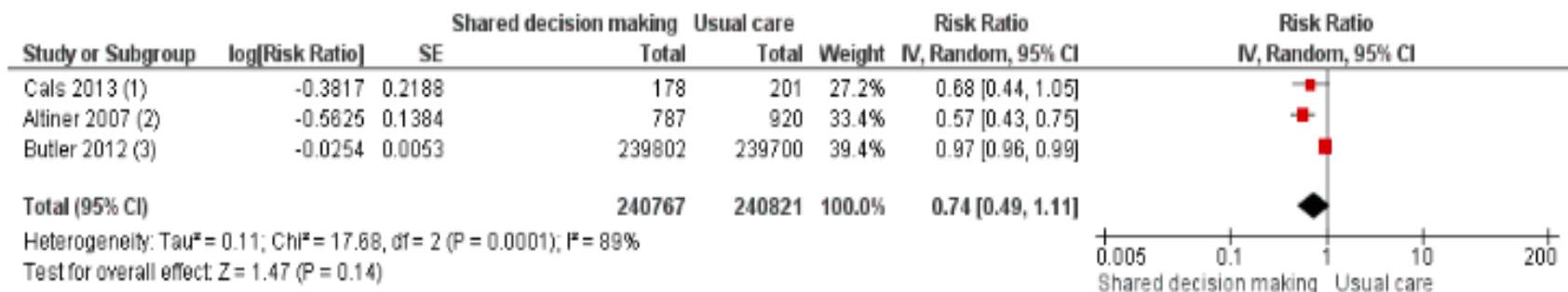


Figure 9. Forest plot of comparison: I Shared decision making versus usual care (control), outcome: 1.6
Number or rate of re-consultations (risk ratio).

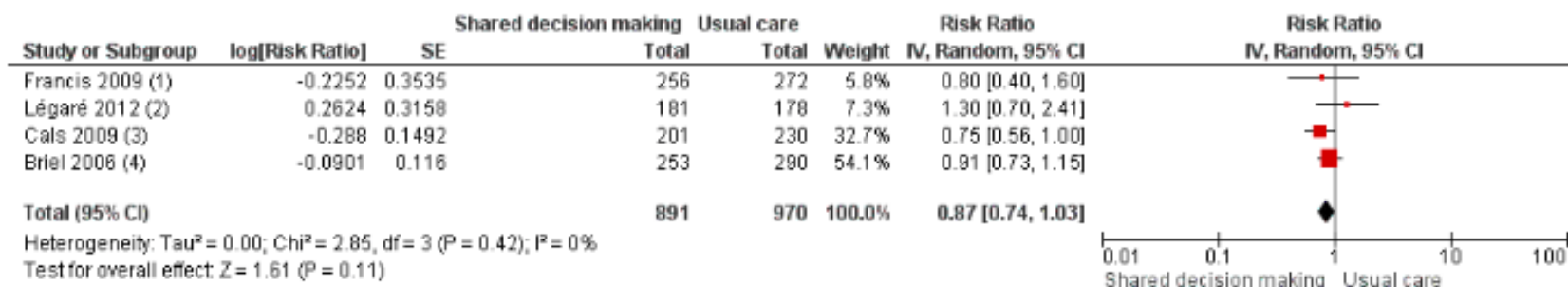
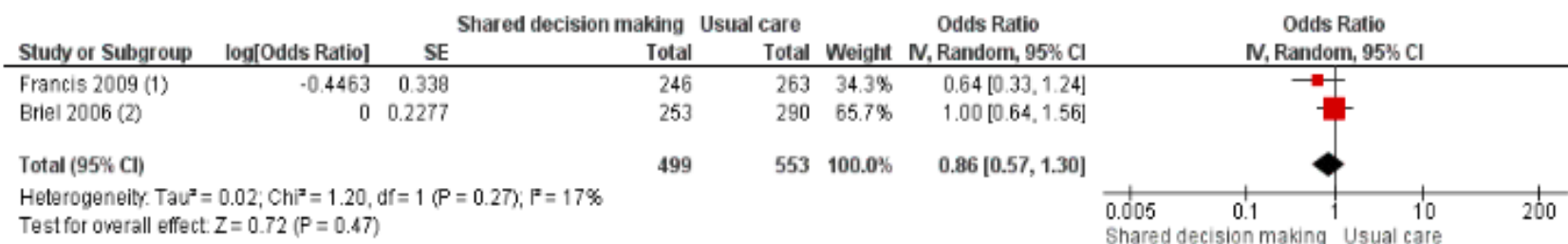


Figure 10. Forest plot of comparison: I Shared decision making versus usual care (control), outcome: 1.7
Patient satisfaction with the consultation.



An evaluation of statewide strategies to reduce antibiotic overuse.



- Paediatrics URTI, juillet 1996-novembre 1997
- 216 physicians, 124 092 épisodes
- 4 groupes :
 - 1) performance feedback only
 - 2) patient education materials only
 - 3) both feedback and education materials
 - 4) no intervention.
- Outcome : Antibiotic prescribing by clinicians

Impact plus que limité

- ↗ prescription dans tous les groupes !!!
- ↗ significativement moins marquée dans groupe 2 et 3

Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial



- 61 MG, 558 enfants
- Brochure interactive sur infections respi. hautes



Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial

- 61 MG, 558 enfants
- Brochure interactive sur infections respi. hautes
- Re consultation 13% vs 16% (NS)
Prescription ATB 19 % vs 41% ($p < 0.001$)
Intention consultation/tableau identique 55% vs 76% ($p < 0.01$)
Pas de différence en terme de « satisfaction », ni de « crainte » de mauvaise prise en charge

Table 3 | Effect of practice prescribing history and study intervention on probability of being prescribed an antibiotic

	Practice antibiotic prescribing history	
	Higher (above national average for 2005)	Lower (below national average for 2005)
Intervention	16.3%	15.4%
Control	64.1%	27.3%

Efficacité plus marquée
chez les gros
prescripteurs

Long-term effects of an educational seminar on antibiotic prescribing by GPs:

a randomised controlled trial



- Formation de 72 MG/référentiel de NON-prescription dans les infections respi hautes vs 99 MG contrôle
 - A partir de 11 situations à risque de prescriptions inappropriées ATB
 - 7 liées au patient (demande explicite ATB, référence à situations antérieures d'échecs, mise en concurrence/sa pratique....)
 - 4 liées au médecin (le patient lui paraît très « fatigué », doute sur l'origine virale, impression de risque particulier, forte conviction pour ne pas suivre le référentiel...)
- Propositions de stratégies permettant de ne pas prescrire d'ATB

Long-term effects of an educational seminar on antibiotic prescribing by GPs:

a randomised controlled trial

- 4 à 6 mois après la formation, % d'ordonnance avec ATB
Contrôle : $15,3 \pm 6\%$ vs $16,4 \pm 7,6\%$ ($p < 0,01$)
Intervention : $15,2 \pm 5,4\%$ vs $12,3 \pm 5,8\%$ ($p < 0,001$)
Différence entre les 2 groupe $3,93\%$ ($< 0,001$)
- 30 mois après la formation
Différence entre les 2 groupe $1,9\%$ ($< 0,01$)
- En moyenne $2,92$ stratégies utilisées/situation
Examen clinique commenté 74%
Info sur inefficacité des ATB 47%
Explication des symptômes 60%
Ecoute compréhensive 20%

Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial



5 maisons médicales
Programme de formation
des médecins

- 1) Auto-apprentissage online
- 2) Atelier interactif
- 3) Outil d'aide à la décision

4 maisons médicales
Aucune intervention

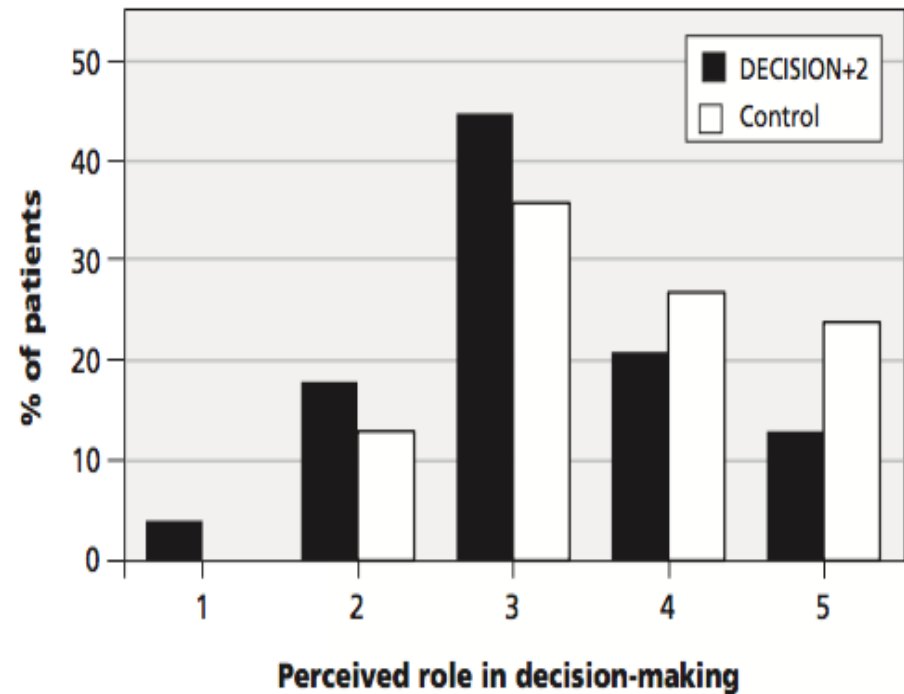
Décision **par les patients** de prise ATB

- ↘ de 24 % chez l'adulte et 38% chez l'enfant
- Pas de différence du nb de reconsultation à J15 pour le même problème

Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial

- 1) I made the decision alone
- 2) I made the decision but considered the opinion of my doctor
- 3) My doctor and I decided equally
- 4) My doctor made the decision but considered my opinion
- 5) My physician made the decision alone.

A. Consulted any participating physician



Prevalence of clinically significant decisional conflict: an analysis of five studies on decision-making in primary care



Conflit décisionnel cliniquement significatif non résolu (CSDC) après une consultation

- 5 études canadiennes, 2 sur infections respi
- Type de décision : ATB ou non pour infections respi
- Prévalence des CSDC : 22 et 31 %

FR de CSDC

- Age > 45 ans
- Vivre seul
- Décision prise pour un enfant
- Milieu aisé
- Avoir déjà reçu un traitement/même situation
- Bonne état de santé auto-déclaré

Nécessité de proposer aux patients et aux médecins
des outils permettant d'augmenter la participation
dans la prise de décision



Kit régional

Bon usage des antibiotiques

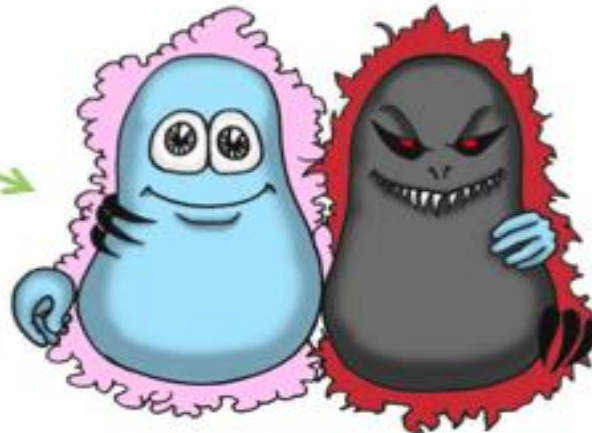
en EHPAD

- Power point de formation avec des « quizz »

- Elles colonisent tout l'environnement : sol, eaux douces, mers, air...
- Elles entretiennent des relations étroites avec tous les êtres vivants: hommes et animaux

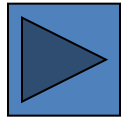
Chez l'homme 2 types de bactéries

Commensales



Pathogènes

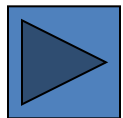
Que faut il faire devant des urines troubles ou mal odorantes chez un résident?



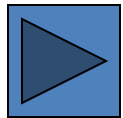
• **Faire une bandelette urinaire**



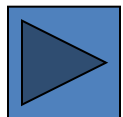
• **Faire un ECBU**



• **Rien**



• **Prévenir le médecin traitant**



• **Prévenir la famille**



PROBLÈMES URINAIRES patient non sondé

Urines malodorantes et/ou troubles

PAS D'INFECTION

DONC PAS DE BANDELETTE URINAIRE *

Si fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) et/ou brûlures mictionnelles, et/ou apparition d'envies fréquentes d'uriner

INFECTION PROBABLE

FAIRE UNE BANDELETTE URINAIRE

- Pas de toilette préalable nécessaire
 - Urines fraîchement émises
 - Lecture rapide 1 à 2 min après le prélèvement :
 - Leucocytes et Nitrites négatifs = Bandelette urinaire négative donc infection urinaire exclue
 - Leucocytes et/ou Nitrites positifs = Bandelette urinaire positive donc infection urinaire possible
- Nb :** respect des dates de péremption et des conditions de conservation des bandelettes !

TRANSMISSION DU RESULTAT AU MEDECIN

Modification du comportement chez des personnes avec troubles cognitifs et/ou apparition d'une incontinence

INFECTION POSSIBLE

PAS DE BANDELETTE URINAIRE *

EXAMEN MEDICAL IMPERATIF AVANT TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE

PROBLÈMES URINAIRES patient sondé

Urines malodorantes et/ou troubles et/ou écoulement autour de la sonde

PAS DE PRELEVEMENT (ni bandelette ni prélèvement de l'écoulement) *

Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) et/ou douleurs sus-pubiennes et/ou modification du comportement

PAS DE BANDELETTE URINAIRE *

EXAMEN MEDICAL IMPERATIF AVANT TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE

PROBLÈMES RESPIRATOIRES

Toux et/ou crachats Habituels, stables

SUIVI MEDICAL HABITUEL

D'apparition récente ou d'aggravation récente

EXAMEN MEDICAL RAPIDE IMPERATIF

Avec fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) Et/ou essoufflement inhabituel

EXAMEN MEDICAL RAPIDE IMPERATIF

PROBLÈMES CUTANÉS

Plaie (escarre, ulcère, mal perforant, ...) OU Infection (furoncle, erysipèle, ...) même avec aspect inflammatoire et/ou suppuration

AUCUNE INDICATION DE PRELEVEMENT *

EXAMEN MEDICAL IMPERATIF


**Affiche
« Bonnes pratiques des prélèvements »**

* Réaliser un **prélèvement non indiqué** est une mauvaise pratique qui peut avoir comme grave conséquence **la prescription inappropriée d'antibiotique** et donc :


- Un risque de sélection de **germes résistants** pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD et leurs proches.

- Un risque d'**effets indésirables** dus aux antibiotiques pour le résident.


Dépliant information famille/résidents




Une toux régulière,
sans aggravation
et sans fièvre



Une escarre
ou une vilaine plaie,
sans fièvre




Des urines troubles
ou malodorantes, sans
fièvre et sans brûlure


Comment y remédier 

↓


Être vu par le
docteur (suivi
médical habituel)

 Pas de
médicament
nécessaire

Soins et pansements
locaux spécialisés,
prescrits par un méde-
cin

 Pas de
médicament
nécessaire

Donner à boire,
manger un yaourt,

 Pas de
médicament
nécessaire

Dans ces trois situations, faire une analyse même par précaution n'est pas utile et serait même une erreur.

Guide ATB

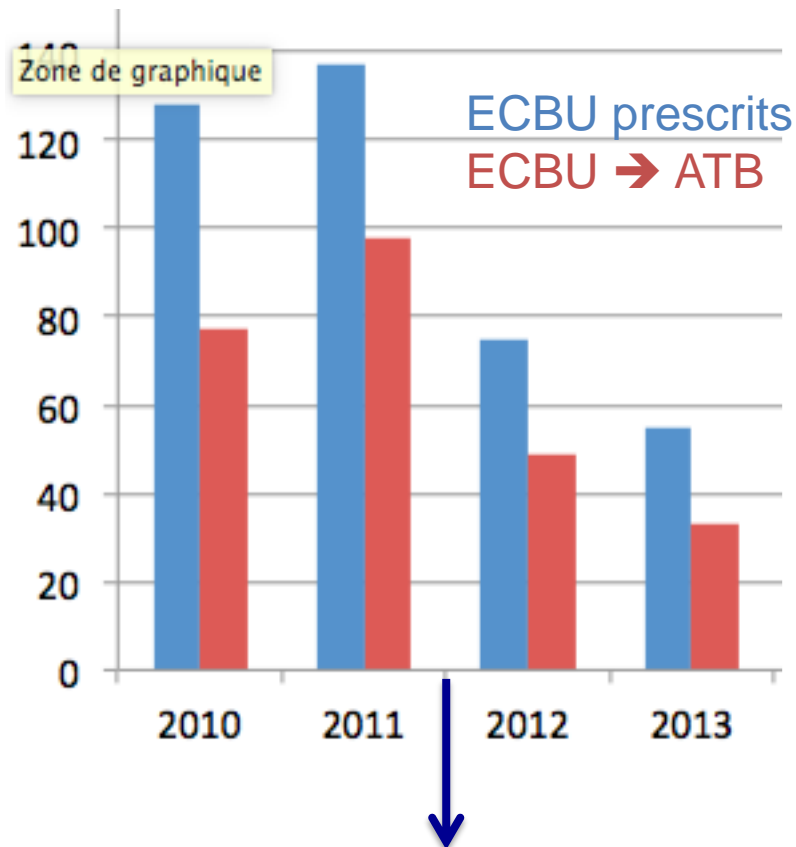
2014

GUIDE DES RECOMMANDATIONS
DE PRISE EN CHARGE DES
INFECTIONS AIGUES EN EHPAD



Evolution des ECBU après mise en place du KIT

- 1 EHPAD, 115 résidents, 32 MG



- Nombre ECBU divisé par 2
- Durée traitement : 11 j → 6 j
- FQ – 36 %

MAIS, évaluation conformité Juin 2014

- Choix molécule 33 %
- Durée traitement 10 %

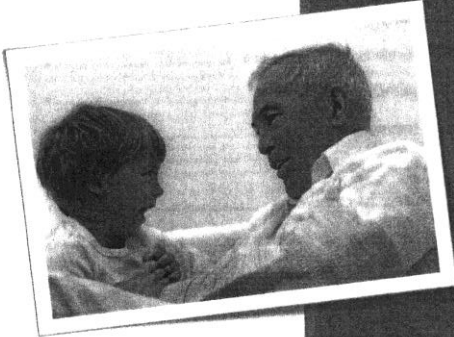
2^{ème} semestre 2014

- Nouvelle formation IDE
- Contact individuel avec les « outliers »
- Recommandation jointe à tous les résultats d'ECBU

2014

ligne conseil tel 88.
0175 62 2292
leauve 9h 18h
sa 9h 18h30.

**GUIDE DES RECOMMANDATIONS
DE PRISE EN CHARGE DES
INFECTIONS AIGUES EN EHPAD**



ars **omed-t**

ARS Agence Régionale de Santé
Ile de France U.F. DE FRANCE 43

Recommandations de prise en charge
des infections aigues en EHPAD

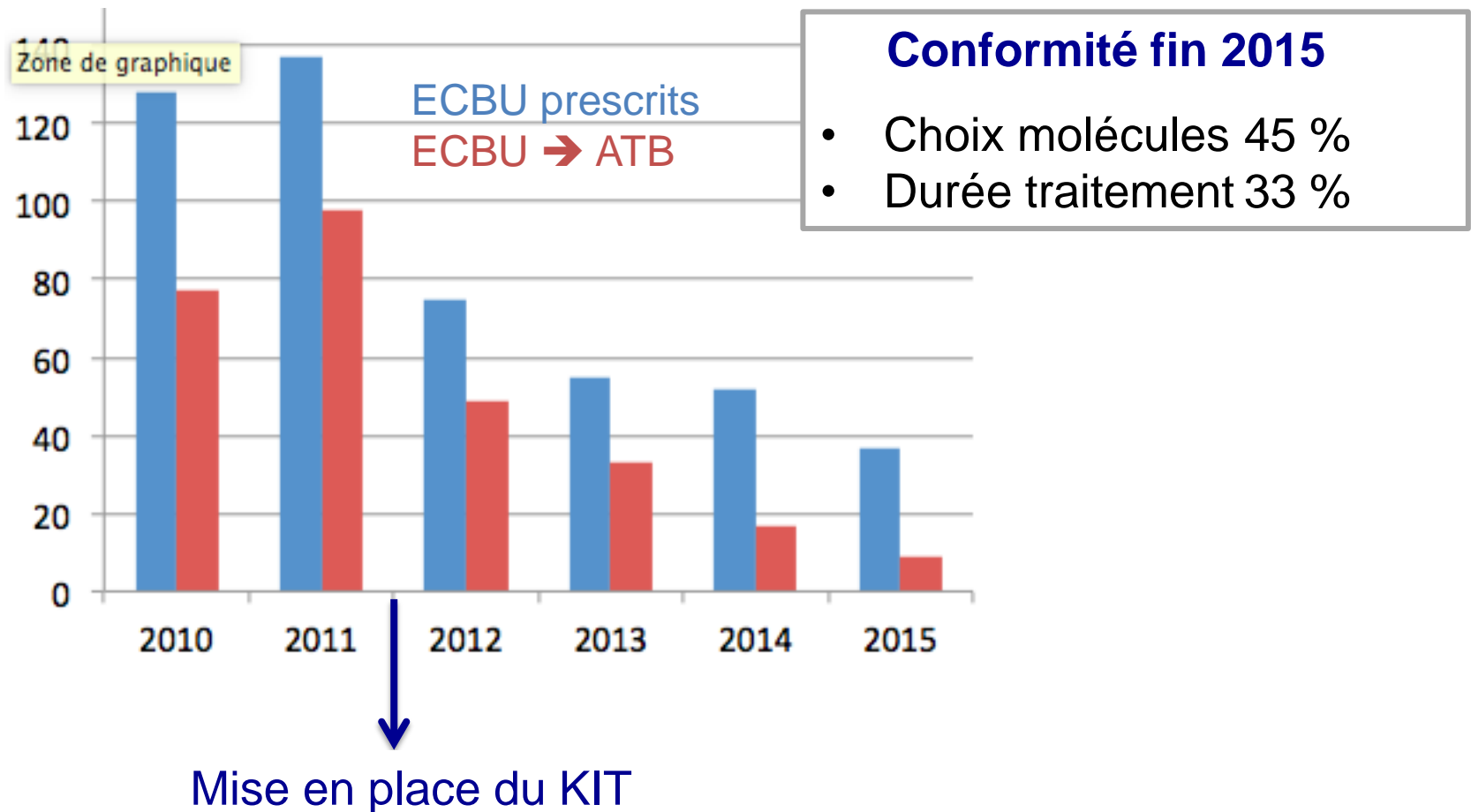
2014

INFECTIONS URINAIRES

Contexte	Traitement	Durée
Bactériurie asymptomatique	Extrêmement fréquente chez la personne âgée institutionnalisée: en cas de fièvre inexpliquée, chercher une autre cause avant d'incriminer un ECBU positif.	Pas d'indication à une antibiothérapie
Cystite aiguë de la femme ECBU impératif avant traitement	Signes fonctionnels urinaires isolés + ECBU positif	<p><u>Avant résultats ECBU</u> Fosfomycine 3 g monodose</p> <p><u>Après antibiogramme</u> Fosfomycine-S: rien de plus Fosfomycine-R : - Amoxicilline 1g*3/j Ou - Cotrimoxazole Forte PO 1cp*2/j</p> <p>Si situation d'échec et clairance rénale >30ml/min Nitrofurantoïne 50mg*3/j</p> <p>Eviter les fluoroquinolones si possible</p>
Pyélonéphrite aiguë ECBU impératif avant traitement	Signes fonctionnels urinaires + hyperthermie ou sd confusionnel en l'absence d'autre cause + ECBU positif + sd inflammatoire biologique	<p><u>Avant résultats ECBU</u> Ceftriaxone 1g/ IM/SC/IV</p> <p>Allergie de type I : Ofloxacine 200 mg *2/j PO + 1 seule injection de gentamicine 6 mg/kg IM/IV</p>

Evolution des ECBU après mis en place du KIT

- 1 EHPAD, 115 résidents, 32 MG



Deaths attributable to AMR every year compared to other major causes of death

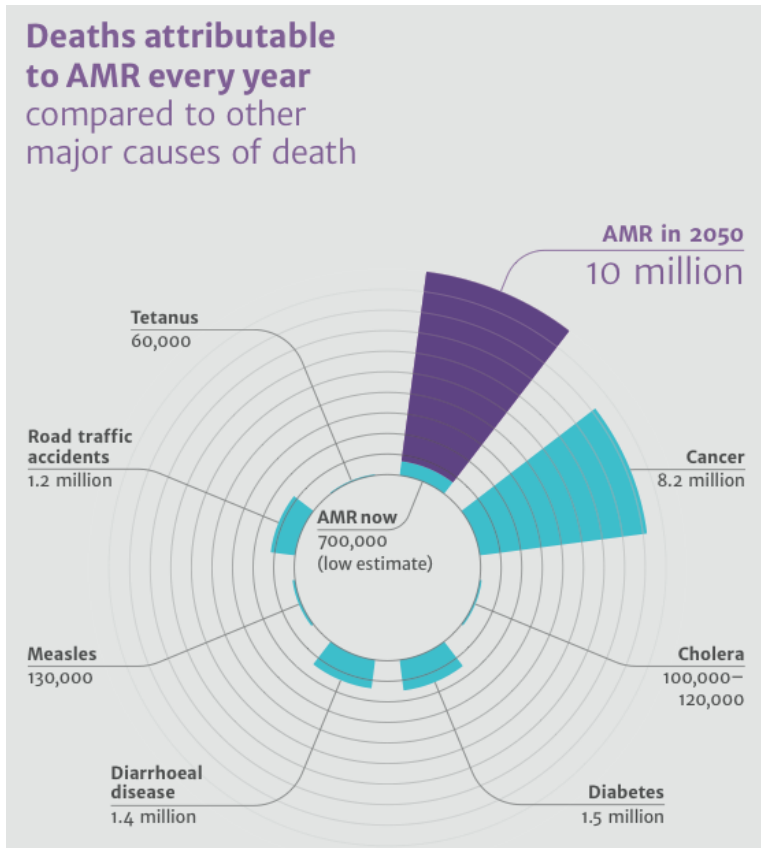
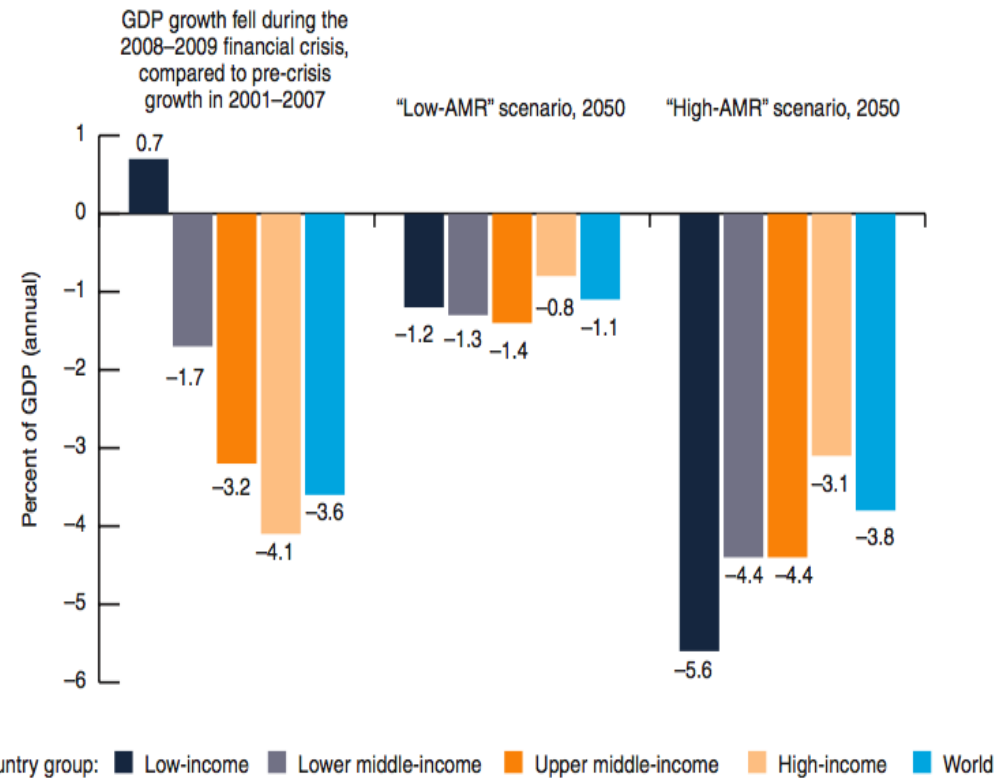
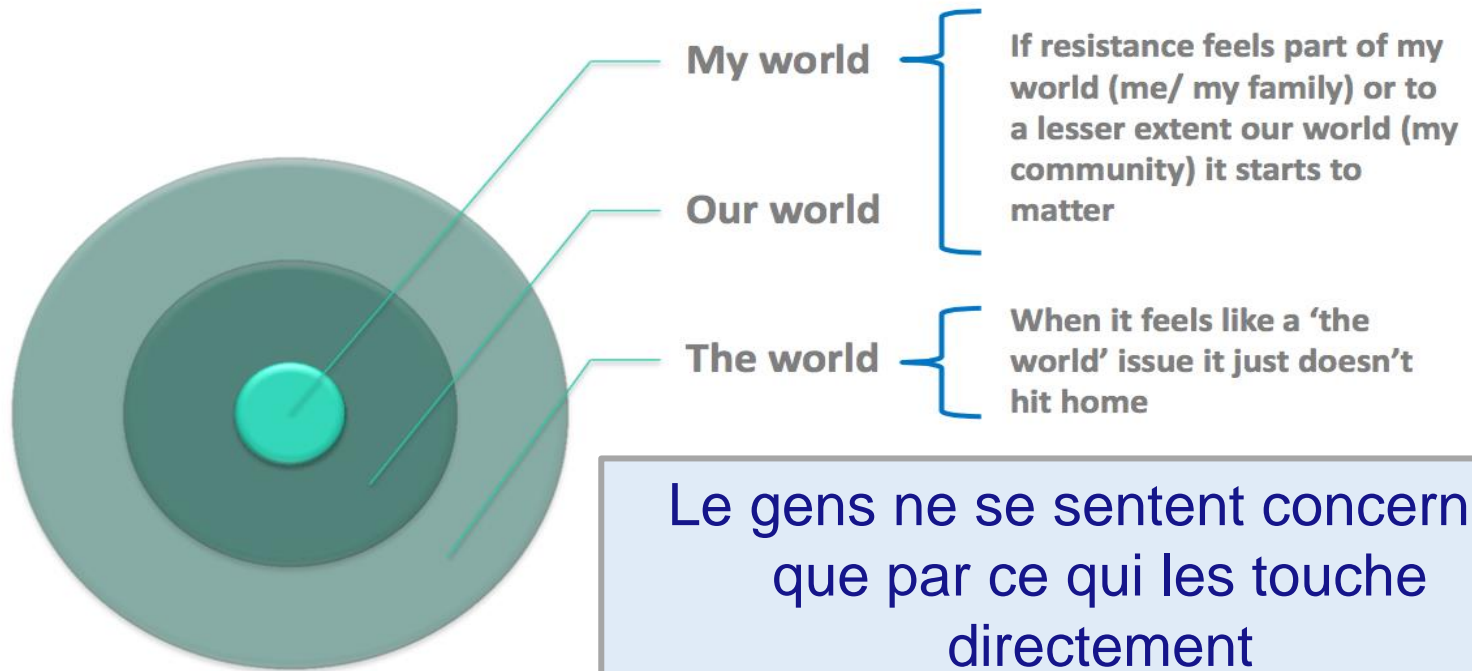


FIGURE 3. Economic Costs of AMR May Be as Severe as During the Financial Crisis

AMR could reduce GDP substantially—but unlike in the recent financial crisis, the damage could last longer and affect low-income countries the most (annual costs as % of GDP)





Nécessité +++

- D'informations centrées sur : risque direct de maladie devenues intraitables, nombre de décès, existence d'épidémies, coût pour l'économie (et non la santé)
- Formation des médecins +++ (respect des guidelines, changement de comportement/quand prescrire des ATB ? relation patients/médecins...)

Les industriels ont bien compris le problème... mieux que les pouvoirs publics et les médecins...

