

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS

**Le point de vue des usagers**  
*M SABOURET et Me PERRET*  
*(représentants des usagers)*

**Mercredi 23 novembre 2022**

*Espascaf – Lyon Part-Dieu*



# La pertinence des soins: point de vue des usagers

**Christine PERRET**, représentante des usagers, membre de l'IRAPS  
**Michel SABOURET**, représentant des usagers, membre de l'IRAPS

## France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes: la voix des usagers

- **130 associations** d'usagers agréées pour représenter les usagers
- Un réseau de près de **1000 bénévoles** mobilisés en ARA
- Présents dans les plus de **300 établissements** de santé
- Et **100 instances** de santé publique

**France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes,**  
une organisation de **formation et de soutien** pour les représentants  
des usagers  
et de **plaidoyer** en matière de droits des usagers.

## France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes: la voix des usagers

Nous portons une exigence forte en matière de qualité et de sécurité des prises en soins et des accompagnements. Un soin non pertinent est couteux pour:

- les **usagers et leurs proches**
- les **professionnels et les établissements de santé**
- La **collectivité**

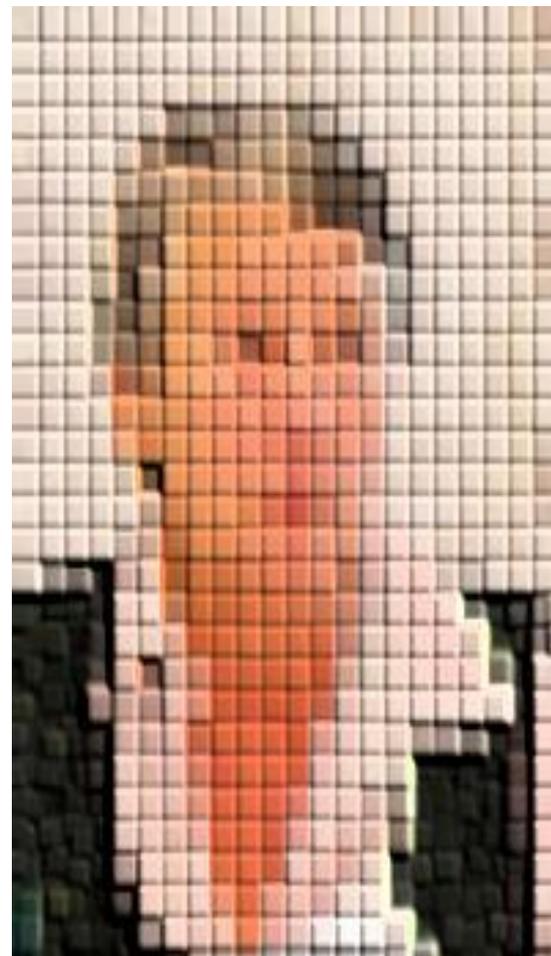
## La pertinence des soins: le point de vue des usagers

### Une définition commune du soin pertinent:

- le juste soin (actes, prescriptions, prestations)
- au bon patient
- au bon moment
- compte tenu des connaissances scientifiques actuelles.

# Illustration à travers un témoignage

## Dominique



## La pertinence des soins: le point de vue des usagers

**Mais au-delà du SOIN, un diagnostic, un acte ou une prescription pertinents dans un parcours incohérent perdent tout leur sens!**

**La pertinence des soins: le point de vue des usagers**

**Les recommandations du mouvement des usagers pour améliorer la pertinence des soins et des parcours**

**La pertinence des soins: le point de vue des usagers**

# **1/ DÉVELOPPER LA RÉMUNÉRATION À LA CAPITATION**

La pertinence des soins: le point de vue des usagers

**2/ RENDRE LES RECOMMANDATIONS  
DE BONNES PRATIQUES OPPOSABLES  
LORSQUE LES DONNÉES VALIDÉES EXISTENT**

La pertinence des soins: le point de vue des usagers

**3/ PROPOSER UNE PALETTE D'OUTILS  
PERMETTANT AUX PROFESSIONNELS DE  
SANTÉ ET AUX PATIENTS DE CHOISIR LES  
STRATÉGIES DE SOINS LES PLUS  
PERTINENTES**

La pertinence des soins: le point de vue des usagers

## 4/ LA PRISE EN COMPTE DES PRÉFÉRENCES ET CONTRAINTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS DANS LES STRATÉGIES DE SOINS

**La pertinence des soins: le point de vue des usagers**

## **5/ FAIRE LA TRANSPARENCE SUR LES PRATIQUES MÉDICALES**

**RENDRE PUBLIQUES LES DONNÉES RELATIVES AUX VARIATIONS DES PRATIQUES MÉDICALES, EN VILLE COMME EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**L' « OPEN DATA » AU SERVICE DE LA CONNAISSANCE COLLECTIVE**

## La pertinence des soins: le point de vue des usagers

**MERCI**

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS

## La pertinence des prescriptions d'antibiotiques : un enjeu majeur de santé publique

*Dr LESPRIT (CRATB), Dr CHARRA (AM)*

**Mercredi 23 novembre 2022**

*Espascaf – Lyon Part-Dieu*

# La pertinence des prescriptions d'antibiotiques : un enjeu majeur de santé publique

P. Lesprit

Centre régional en antibiothérapie, Service des maladies infectieuses  
CHU Grenoble Alpes  
CRATB-AuRA@chu-grenoble.fr

Séminaire régional pertinence des soins 23 novembre 2022



# Le bon usage des antibiotiques (BUA)

- Un enjeu majeur de santé publique
- Les antibiotiques : une classe de médicaments à part
- Prescriptions d'antibiotiques en ville
- Antibiogrammes ciblés
- Prescriptions d'antibiotiques en EMS
- Le rôle des usagers
- Conclusions

# Le BUA : un enjeu majeur de santé publique

- Prescription d'antibiotique → antibiorésistance
- Conséquences de l'antibiorésistance : les bactéries multi-résistantes (BMR)
- En France, on estimait en 2012 que les BMR étaient responsables de 158 000 infections et de 12 500 décès (étude Burden BMR)
- En Europe, la France occupe une position peu flatteuse en terme de consommation des antibiotiques

RESEARCH

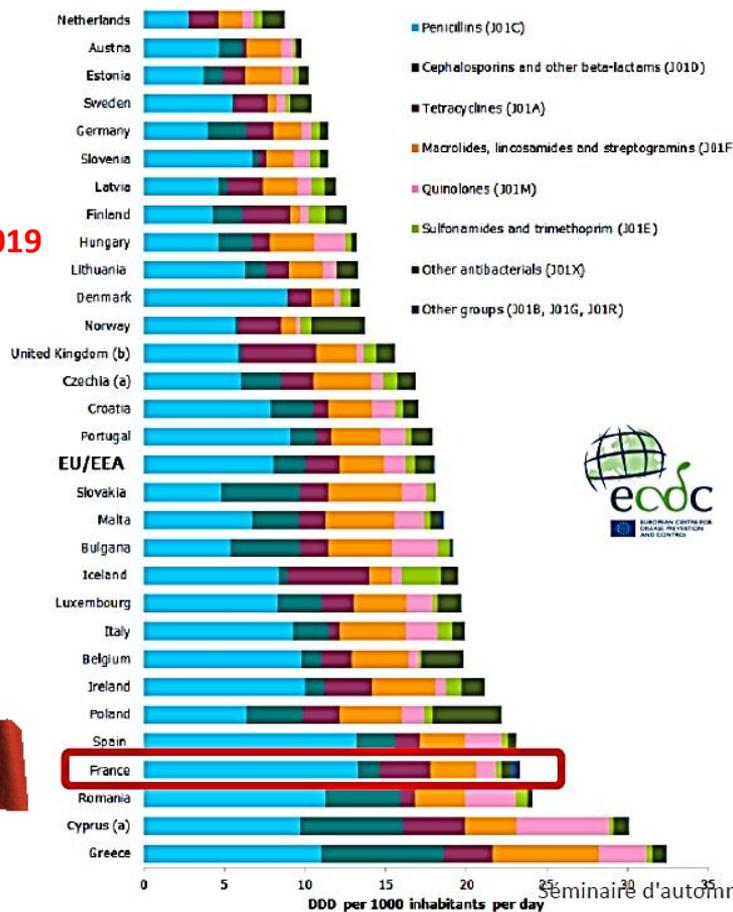
Open Access

Estimating the morbidity and mortality associated with infections due to multidrug-resistant bacteria (MDRB), France, 2012



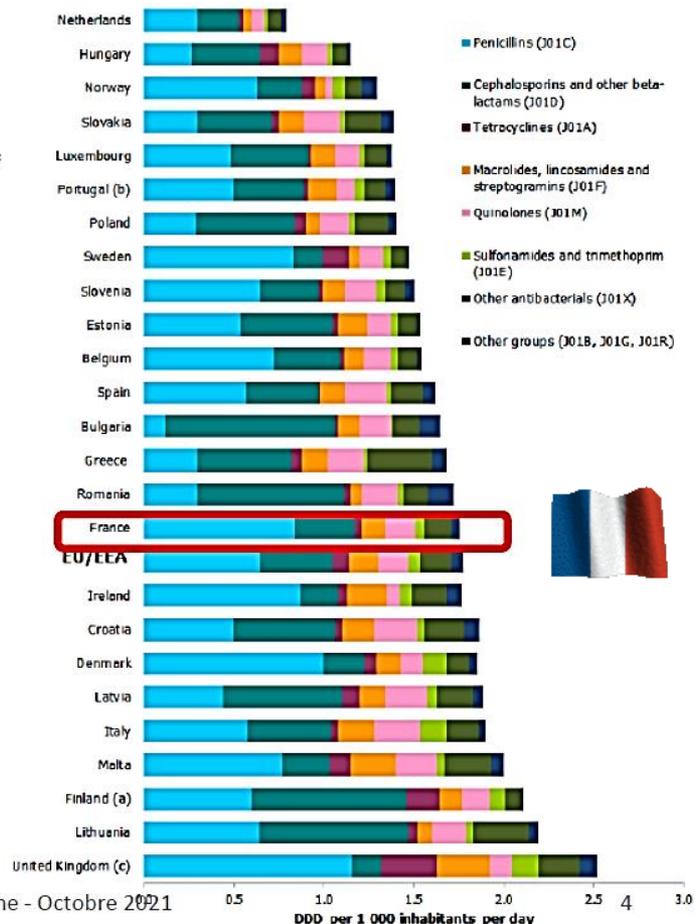
## Ville

Figure 2. Consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community, by country and ATC group level 3, EU/EEA, 2019 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)



## Hôpital

Figure 4. Consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the hospital sector, by country and ATC group, EU/EEA, 2019 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)



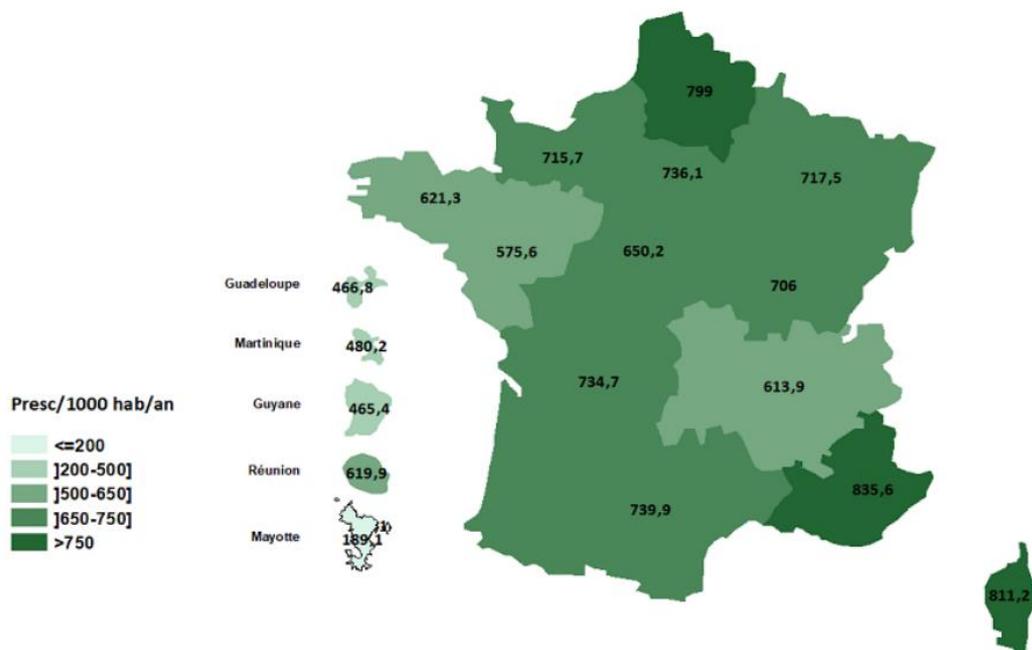
Données 2019



# 2 chiffres à retenir, et des disparités régionales

- En 2021, en ville :
  - ✓ 700 prescriptions d'antibiotiques/1000 habitants/an
  - ✓ 7 jours de traitement antibiotique/habitant/an

Carte 2. Prescription d'antibiotiques par région, France, 2021



Cavalié P. et al, Santé publique France, 2022

## Antibiothérapies en France

80% prescrites en ville

(70% par les médecins généralistes,  
environ 10% par les chirurgiens-dentistes)

20% prescrites dans les ES

(dont un tiers pour des patients  
hospitalisés)

1/3 inutiles, 1/3 inappropriées,  
1/3 appropriées

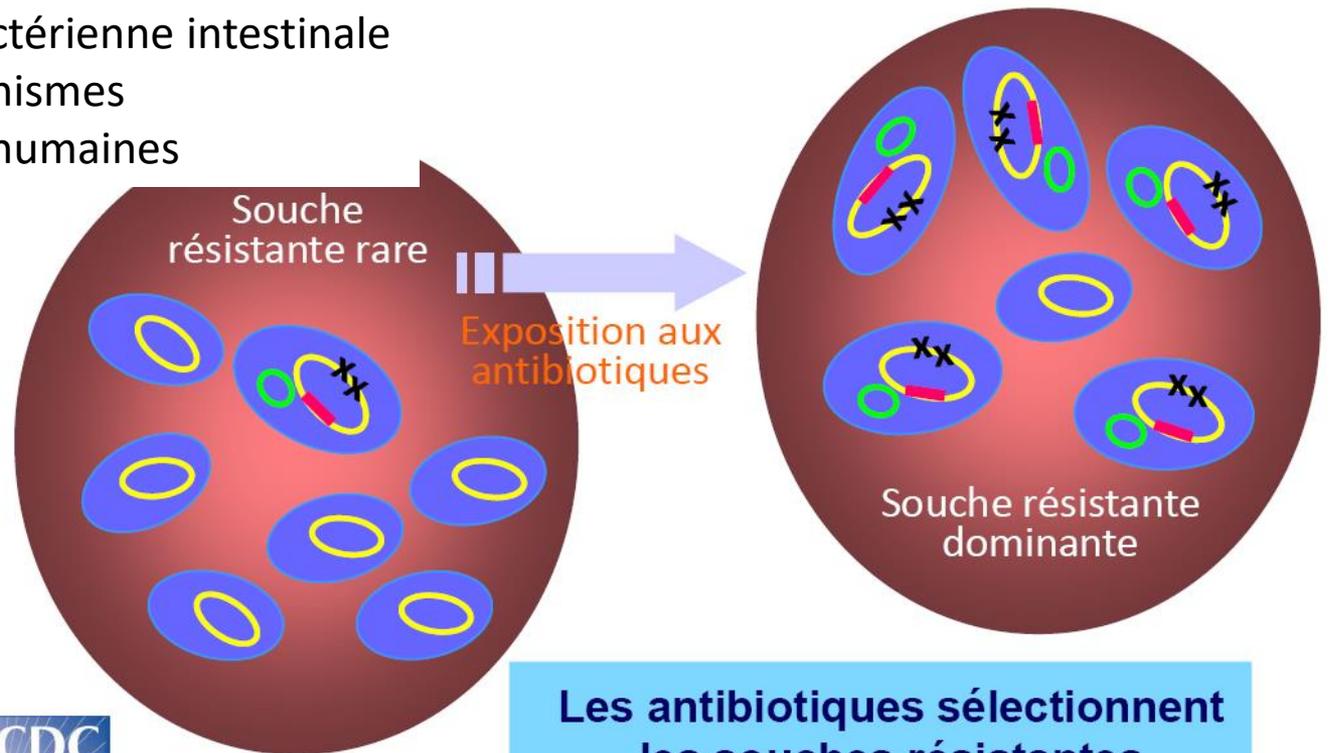


Bon usage des antibiotiques = mieux prescrire, moins prescrire

Crédit diapo : C. Pulcini

## Sélection des bactéries résistantes

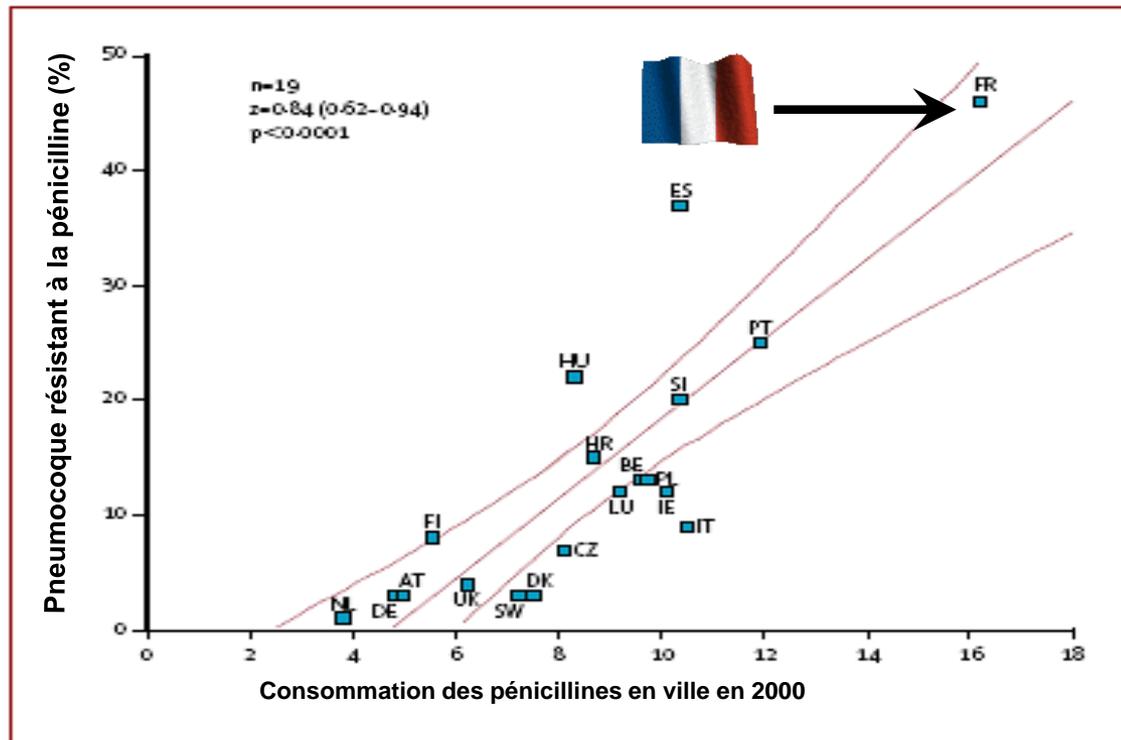
Microbiote : flore bactérienne intestinale  
 $10^{12}$ - $10^{14}$  micro-organismes  
2 à 10 fois > cellules humaines



**Les antibiotiques sélectionnent les souches résistantes**

# Pneumocoque résistant à la pénicilline et usage des pénicillines dans 19 pays européens

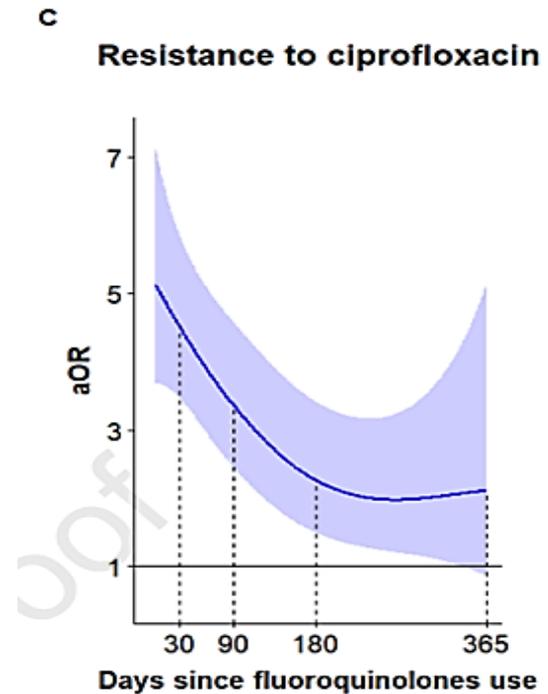
Il y a 20 ans ...



ESAC Goossens et al., Lancet 2005

# Exposition aux antibiotiques et risque de résistance bactérienne : exemple des fluoroquinolones

Exposition	Risque de résistance
30 jours	X 4,54 (3,49-5,50)
90 jours	X 3,36 (2,45-4,59)
180 jours	X 2,25 (1,49-3,41)
365 jours	X 2,11 (0,86-5,14)



# Conséquences pratiques pour les patients

JNI 2005

**Consommation des antibiotiques et résistance**  
Sensibilité (%) de *E.coli* isolé des infections urinaires  
communautaires, selon les antécédents  
d'antibiothérapie

Sensibilité à	Tt par B-lactamine dans 6 derniers mois		Tt par quinolone dans 6 derniers mois	
	Oui N=66	Non N=340	Oui N=56	Non N=354
Amox	41	64	54	60
Co-amox	41	67	59	62
Ac. Nal	83	87	63	91
Cipro	94	94	78	97

(Réseau Aforcopi-Bio 2000)

Delarbre JM, ONERBA, JNI 2005

Infections rénales ou prostatiques :

- Pas de fluoroquinolone en traitement initial (probabiliste) en cas de traitement préalable
- Traitement alternatif injectable
- Relais antibiotique oral incertain

# Estimation des dommages liés à la durée des antibiothérapies

Revue parapluie et méta analyse



35 revues systématiques  
71 essais antibiothérapie courte durée versus longue durée  
92% des études évaluaient les infections respiratoires et infections urinaires  
23174 patients inclus

## Effets indésirables (EI)

↑+4% par jour de prescription  
N= 20345

Chaque jour supplémentaire de prise d'antibiotiques peut être à l'origine d'EI

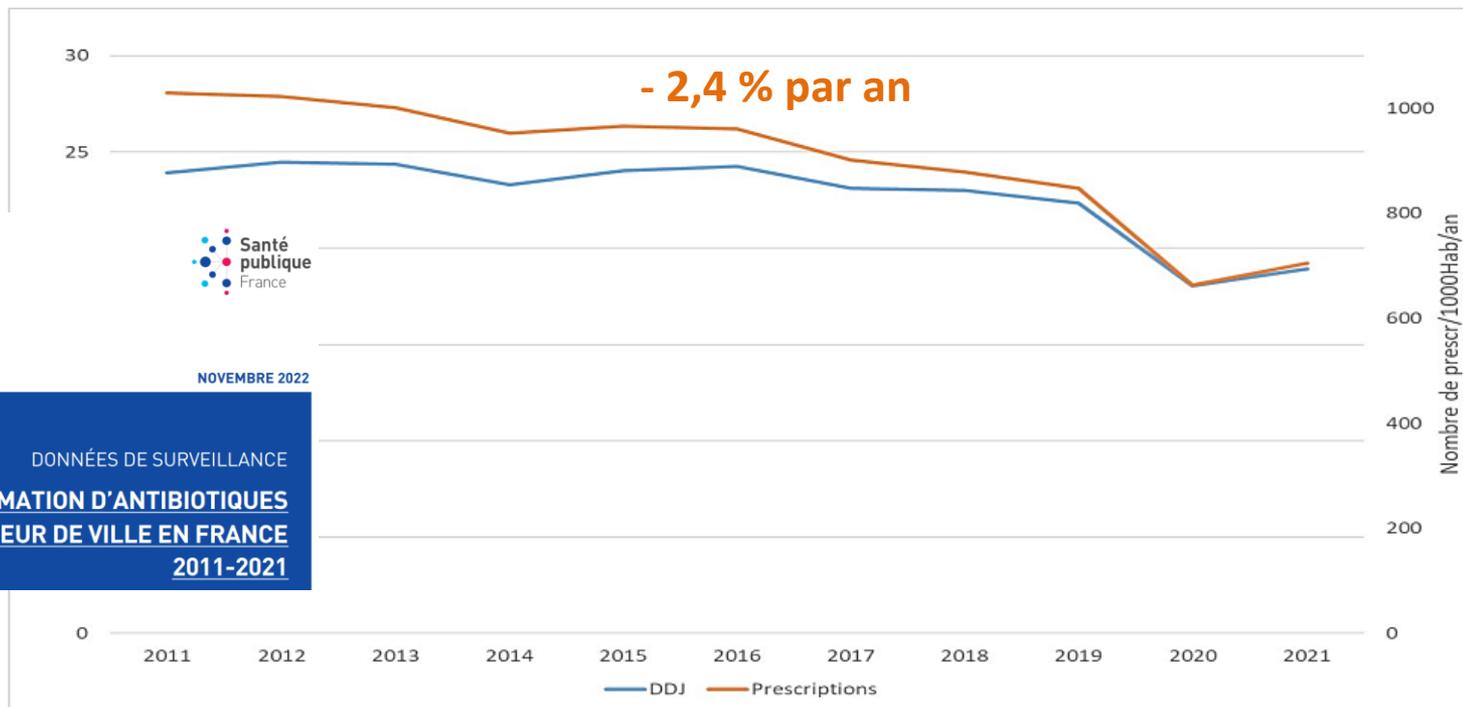
5 jours  }  
versus  
3 jours  } de **9%** d'EI

7 jours  }  
versus  
3 jours  } de **19%** d'EI

Source : Curran J, et al. Estimating daily antibiotic harms: an umbrella review with individual study metaanalysis, *Clin Microbiol Infect*, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.10.022>

# Mais des progrès sont réalisés

Figure 1. Évolution des consommations exprimées pour 1 000 habitants et par jour et des prescriptions d'antibiotiques exprimées pour 1 000 habitants et par an. France, 2011-2021



Santé  
publique  
France

NOVEMBRE 2022

ANTIBIORÉSISTANCE

DONNÉES DE SURVEILLANCE

**CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES  
EN SECTEUR DE VILLE EN FRANCE  
2011-2021**

## STRATÉGIE NATIONALE 2022-2025 DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ET DE L'ANTIBIORÉSISTANCE



## 9 axes, 42 actions

### LES AMBITIONS DE LA STRATÉGIE À L'HORIZON 2025 – QUELQUES CHIFFRES CLÉS

Sur le plan national, plusieurs objectifs ambitieux sont listés dans la stratégie, par exemple :



- Une couverture vaccinale contre la grippe supérieure à 80% pour les professionnels de santé en ville et supérieure à 70% pour les professionnels en établissements de santé;



- Une réduction de la consommation d'antibiotiques en ville d'au moins 25% entre 2019 et 2025;



- Plus de 80% de patients/résidents déclarant avoir reçu une information concernant l'hygiène des mains;



- Un taux inférieur à 10% d'*Escherichia coli* résistants aux céphalosporines de 3ème génération dans les urines en ville.

# La preuve du concept : impact clinique et écologique

**Le top !**  
Dans les ES

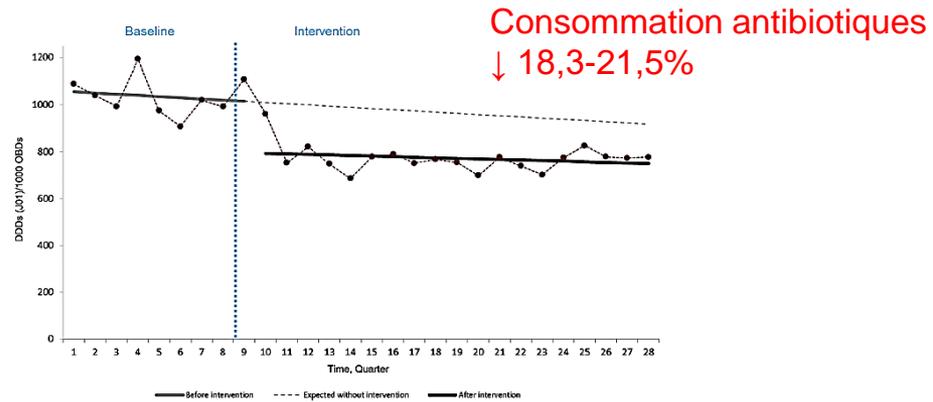


Figure 1. Changes in antibiotic consumption. ATC group J01 (antibacterials for systemic use); DDDs, defined daily doses; OBDs, occupied bed days.

## Mortalité bactériémies BMR

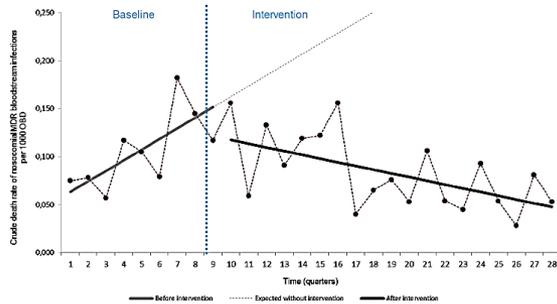
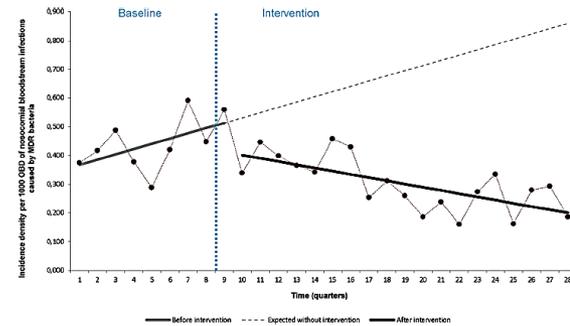


Figure 4. Changes in crude death rate for hospital-acquired multidrug-resistant (MDR) bacterial bloodstream infections (BSIs). OBDs, occupied bed days.

## Incidence bactériémies BMR et candidémies



2. Impact on incidence of hospital-acquired candidemia and multidrug-resistant (MDR) bacterial bloodstream infections (BSIs). OBDs, occupied bed days.



## Et aussi en ville

### Antibiothérapies inappropriées

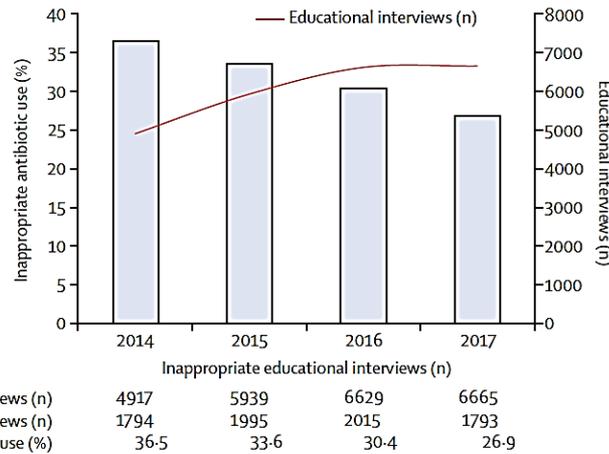


Figure 1: Number of educational interviews and proportion of inappropriate antibiotic prescriptions during the intervention period

Inappropriate antibiotic prescription was calculated as a proportion of the educational interviews for each year.

### *E. coli* BLSE

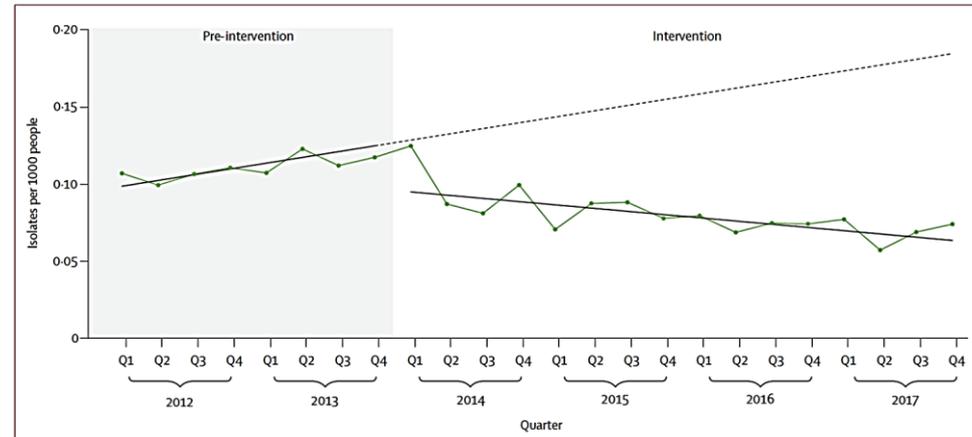


Figure 2: Interrupted time-series analysis of ESBL-producing *Escherichia coli* incidence density  
ESBL=extended-spectrum  $\beta$ -lactamase.

# Et aussi pour les résidents d'EHPAD

Programme de bon usage 07/2018 – 12/2020

- Consommation globale – 31,2%
- Familles d'antibiotiques à plus grand risque écologique

Fluoroquinolones – 52,2%

Amoxicilline-acide clavulanique – 42,5%

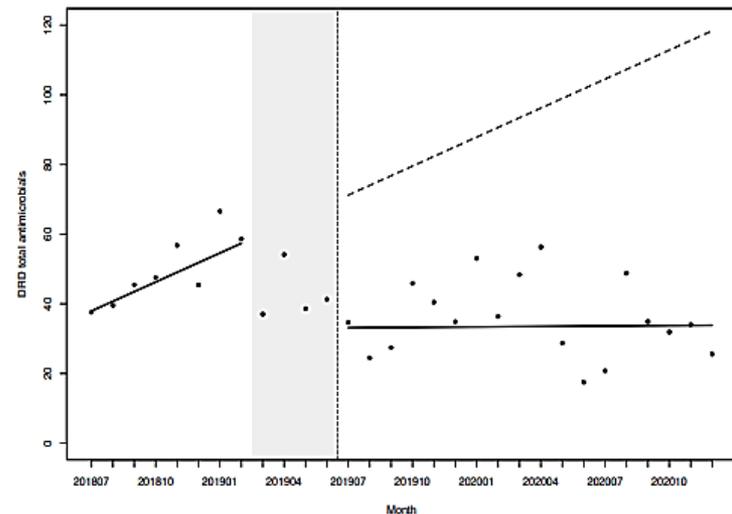
- Prévalence portage des BMR

24,7% -> 17,4%

- Admissions pour infections

0,236 -> 0,274 cas pour 1000 résidents jours  
(NS)

a) Total antimicrobiaux



# Prescription antibiotique appropriée

- Indication
- Molécule
- Posologie
- Modalité d'administration
- Durée
- Tolérance
- (Coût)



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHÈSE

## Choix et durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes

Validée par le Collège le 15 juillet 2021



ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

EM|consulte  
www.em-consulte.com/en



Guidelines

Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIIP French guidelines and recommendations

*Durées des traitements anti-infectieux. Recommandations françaises SPILF et GPIIP*

R. Gauzit<sup>a,\*</sup>, B. Castan<sup>b</sup>, E. Bonnet<sup>c</sup>, J.P. Bru<sup>d</sup>, R. Cohen<sup>e</sup>, S. Diamantis<sup>f</sup>, A. Faye<sup>g</sup>, H. Hitoto<sup>h</sup>, N. Issa<sup>i</sup>, D. Lebeaux<sup>j,k</sup>, P. Lesprit<sup>l</sup>, L. Maulin<sup>m</sup>, D. Poitrenaud<sup>n</sup>, J. Raymond<sup>o</sup>, C. Strady<sup>p</sup>, E. Varon<sup>q</sup>, R. Verdon<sup>r,s</sup>, F. Vuotto<sup>t</sup>, Y. Welker<sup>u</sup>, J.P. Stahl<sup>v</sup>

Documenter +++ et interpréter les résultats microbiologiques

# JOURNÉE EUROPÉENNE D'INFORMATION SUR LES ANTIBIOTIQUES



UNE INITIATIVE EUROPÉENNE  
EN MATIÈRE DE SANTÉ



11 questions à choix multiples avec corrections argumentées  
Pour comprendre l'enjeu du BUA  
et des durées correctes de traitement

<https://view.genial.ly/618294ff1a19e00de26c6ff0>

🏠 9/11



Parmi les infections suivantes lesquelles peuvent être traitées par une antibiothérapie de 5 jours ?

1 : Faites glisser  sur les bonnes réponses

A Méningite à méningocoque

B Pneumonie aigue communautaire avec une amélioration clinique à J3

C Infection du liquide d'ascite

D Diarrhée à *Clostridioides difficile*

E Exacerbation de bronchopneumonie chronique obstructive (BPCO)

F Furoncle compliqué ou morsure animale

2 : Puis cliquez sur Suivante 

# QUIZ

## Antibiotiques et allergies / effets indésirables (EI)

Accéder au quiz

Quiz élaboré par le Centre Régional en Antibiothérapie  
et le Centre de prévention des infections associées aux soins Région ARA  
en partenariat avec les Drs. P. Pralong (CHUGA) et JP. Jacquier (CHMS), allergologues  
18/11/2022



Retour sur le [site du CRATB Auvergne Rhône Alpes](#)



[https://cratb-ara-apps.chu-lyon.fr/quiz\\_allergies/index.html](https://cratb-ara-apps.chu-lyon.fr/quiz_allergies/index.html)

cratb-aura.fr

# CRATB

Le Centre Régional en  
Antibiothérapie de la région  
Auvergne-Rhône-Alpes



# Outils d'aide à la prescription

**ANTIBIOCLIC**  
Antibiothérapie rationnelle en soins primaires

Dernière MàJ : 08/11/2022  
SE CONNECTER | S'INSCRIRE

RECHERCHE SOURCES ACTUALITÉ À PROPOS CONTACT

+ Fluoro-quinolones : message d'alerte sur des effets indésirables invalidants (lien vers ANSM) +



## RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

Domaine anatomique

Choisissez ...

Pathologie

Choisissez ...

**CHERCHER**

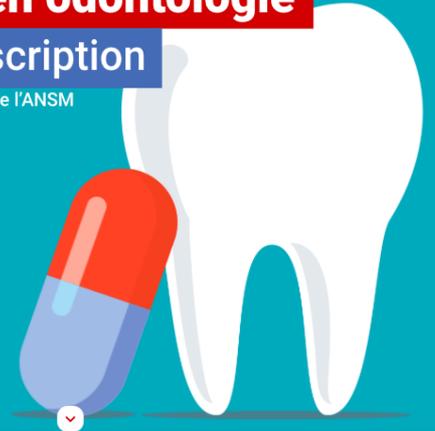
politique de confidentialité



## Antibiotiques en odontologie

### Règles de prescription

à partir des recommandations de l'ANSM



# Amoxicilline-acide clavulanique

- 2<sup>ème</sup> rang des prescriptions ATB en ville
- Antibiotique critique
- Activité anti-anaérobie
- Impact sur le microbiote
- Effets indésirables digestifs

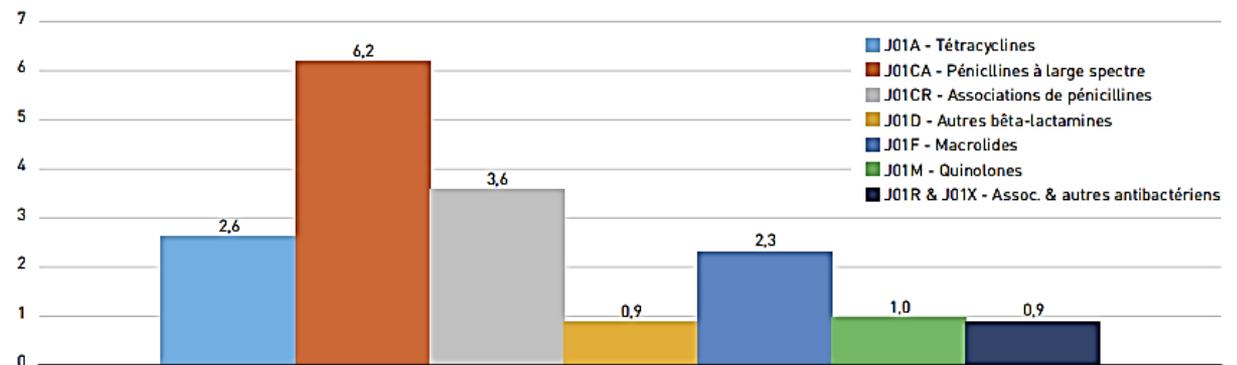
SYNTHÈSE  
DONNÉES DE SURVEILLANCE

NOVEMBRE 2021



## CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EN SECTEUR DE VILLE EN FRANCE 2010 – 2020

**FIGURE 7** | Nombre de doses définies journalières dans les sept principales classes en 2020, pour 1 000 habitants par jour, France





# Actualisation de la liste des antibiotiques critiques disponibles en France, Comité des référentiels de la SPILF janvier 2022 – Réponse saisine DGS

## 1. Antibiotiques pouvant être prescrit par des professionnels exerçant en dehors d'un établissement de santé

### Groupe I. Molécules à utilisation préférentielle

- Pénicillines
  - Benzathine-benzylpénicilline, Benzylpénicilline, Phénoxyethylpénicilline, Procaine-benzylpénicilline
  - Amoxicilline, Pivmécillinam
  - Cloxacilline, Oxacilline
- Macrolides et apparentés
  - Clarithromycine, Erythromycine, Josamycine, Roxithromycine, Spiramycine
  - Spiramycine/métronidazole
  - Clindamycine
  - Pristinamycine
- Cyclines
  - Doxycycline, Tétracycline, Minocycline
- Aminoglycosides
  - Gentamicine, Tobramycine
- Anti-anaérobies
  - Métronidazole, Ornidazole, Tinidazole
- Divers
  - Fosfomycine-trométamol
  - Nitrofurantoïne
  - Sulfadiazine
  - Cotrimoxazole, Triméthoprime

### Groupe II. Molécules à indication restreintes, ayant un impact plus important sur la résistance bactérienne

- Pénicillines
  - Amoxicilline/ac. clavulanique
- Céphalosporines
  - Cefadroxil, céfalexine
  - Céfaclor, céfuroxime-axétil
  - Cefixime, cefpodoxime-proxétil
  - Ceftriaxone
- Fluoroquinolones
  - Ciprofloxacine, lévofloxacine, loméfloxacine, moxifloxacine, norfloxacine, ofloxacine
- Macrolides et apparentés
  - Azithromycine
- Divers
  - Acide fusidique
  - Thiamphénicol
  - Rifabutine, Rifampicine

# Focus sur les actions CRAtb/AM : amoxicilline/ac. clavulanique

- Cible : prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique par les MG
- Evaluation 2021 : 8% des prescriptions avec durée > 8 jours, associations métronidazole ou amoxicilline
- Actions :
  - Guide infections courantes en MG
  - Quizz/webinaire (18 octobre 2022) : infections respiratoires
  - Courriers et échanges confraternels (AM)
  - Formation praticiens conseils de l'AM (CRAtb)
  - Mesure de l'impact en 2023

**Infections bactériennes  
courantes  
en Médecine Générale :**



**Quels antibiotiques ?  
Pour quelle durée ?**

Guide réalisé par le  
Centre régional en Antibiothérapie  
Auvergne-Rhône-Alpes  
Juin 2022

**CRATB**  
Auvergne - Rhône-Alpes

En partenariat avec la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie région ARA  
Et d'après les fiches HAS et les propositions de la SPLUF

# Nos dernières actualités

Nous regroupons ici les derniers textes officiels, recommandations, bibliographies récentes qui rencontrent sont également répertoriés dans cette rubrique.



10 novembre 2022

## Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2011-2021

[En savoir +](#)



20 octobre 2022

## Webinaire infections respiratoires hautes et basses

[En savoir +](#)

# Webinaire

Ce webinaire a été conçu en partenariat avec la DRSM ARA.

Il traite des infections respiratoires hautes et basses.

médecine de ville

1 point par bonne réponse  
0 point par mauvaise réponse ou sans réponse

The main graphic is a large yellow rectangle with a red play button icon. It contains the following text: 'Webinaire Antibiothérapie des infect... Maladie', 'MARDI 18 OCTOBRE DE 19H30 À 20H30', 'Connexion via l'application Zoom', 'WEBINAIRE', 'ANTIBIOTHÉRAPIE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES EN MÉDECINE DE VILLE : QUELLE DURÉE ? QUELS BÉNÉFICES ?', 'Évènement animé par le Centre Régional en Antibiothérapie (CRAtb)', and 'Association des infectiologues en généraliste du CRAtb'. There are also logos for 'A regarder...', 'Partager', and 'LIVE'.

Regarder sur YouTube

## Antibiogramme ciblé pour les ECBU

- Principe : proposer un rendu partiel du résultat pour
  - ✓ guider le prescripteur
  - ✓ aider à épargner les antibiotiques critiques (les plus à risque écologique)
- S'applique à tout ECBU + à Entérobactéries : ville, ES, EMS
- Adultes
- Liste des antibiotiques à rendre modulée par sexe, âge et phénotype de résistance
- Action 21 de la stratégie nationale





## **OBJECTIF 2 : Inciter les professionnels au bon usage des antibiotiques**

**ACTION 21 : Renforcer l'utilisation d'outils existants d'aide à la prescription par les professionnels de santé pour promouvoir les bonnes pratiques.**

**Pilotes :** MSS/MMPIA, MSS/DGS/PP, MSS/DREES, Santé publique France, Cnam, HAS

**Calendrier :** à démarrer en 2022-2023

**Enjeux :** différents outils sont disponibles pour les professionnels afin d'améliorer le bon usage des antibiotiques, y compris via l'optimisation de la démarche diagnostique.

### **Sous-actions**

#### **21.1. Favoriser et promouvoir l'utilisation des antibiogrammes ciblés en intégrant les recommandations de bonnes pratiques dans les logiciels métiers.**

● **Description :** faire la promotion des recommandations de bonnes pratiques HAS sur le sujet (*HAS en lien avec MSS/MMPIA et ARS*) et faciliter l'intégration de ces recommandations dans les logiciels des laboratoires de biologie médicale (*MSS/DGS/PP*). Explorer avec les organisations professionnelles d'autres utilisations possibles des antibiogrammes ciblés, en fonction des données de la littérature scientifique (e.g. prélèvements autres qu'ECBU, absence de rendu en cas de suspicion de colonisation) (*MSS/MMPIA*).

● **Indicateur de suivi :** proportion de laboratoires d'analyse médicale intégrant un rendu ciblé pour les antibiogrammes d'ECBU (*entité chargée du recueil à définir, quand le recueil de cet indicateur sera possible en routine*).



**1<sup>re</sup> situation ECBU à *Enterobacterales*,  
femme adulte et fille ≥ 12 ans**

Souche sensible aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération et absence de BLSE			Souche résistante aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération ou présence de BLSE
Souche sensible à l'amoxicilline	Souche résistante à l'amoxicilline et sensible à amoxicilline-acide clavulanique ou au triméthoprim-sulfaméthoxazole	Souche résistante à l'amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique et triméthoprim-sulfaméthoxazole	
Amoxicilline	Amoxicilline-acide clavulanique (urinaire et tissulaire)	Méccillinam*	Pipéracilline-tazobactam
Méccillinam*	Méccillinam*	Céfixime	Témocilline
Fosfomycine*	Ciprofloxacine, lévofloxacine, ofloxacine	Céfotaxime, ceftriaxone	Méccillinam*
Nitrofurantoïne*	Fosfomycine*	Ciprofloxacine, lévofloxacine, ofloxacine	Céfépime
Triméthoprim*	Nitrofurantoïne*	Fosfomycine*	Ceftazidime
Triméthoprim-sulfaméthoxazole	Triméthoprim*	Nitrofurantoïne*	Céfoxitine (si <i>E. coli</i> )
	Triméthoprim-sulfaméthoxazole		Ertapénème
			Imipénème
			Méropénème
			Aztréonam
			Ciprofloxacine, lévofloxacine, ofloxacine
			Amikacine
			Gentamicine
			Fosfomycine*
			Nitrofurantoïne*
			Triméthoprim*
			Triméthoprim-sulfaméthoxazole

\* Indication limitée au traitement des cystites.

**Commentaires à rajouter au compte rendu :**

Antibiogramme ciblé pour privilégier les antibiotiques à faible impact écologique. Pour toute information complémentaire, contacter le laboratoire, notamment en cas de pyélonéphrite. Pour rappel, tout ECBU positif (leucocyturie et bactériurie) ne nécessite pas de traitement antibiotique : les colonisations (= absence de signes cliniques) relèvent de l'abstention, sauf à partir du 4<sup>e</sup> mois de grossesse ou avant un geste invasif sur les voies urinaires. Pour le méccillinam, la nitrofurantoïne, le triméthoprim ou la fosfomycine : ne pas utiliser en cas de pyélonéphrite du fait de la mauvaise diffusion rénale.

Pour les souches sensibles au triméthoprim, il faut privilégier l'utilisation du triméthoprim seul à l'association triméthoprim-sulfaméthoxazole dans les cystites, du fait d'un risque moindre d'effet secondaire.

**2<sup>e</sup> situation ECBU à *Enterobacterales*, homme adulte ≥ 16 ans**

Souche sensible aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération et absence de BLSE		Souche résistante aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> génération ou présence de BLSE
Souche sensible aux fluoroquinolones et au triméthoprim-sulfaméthoxazole	Souche résistante aux fluoroquinolones ou au triméthoprim-sulfaméthoxazole	
Triméthoprim-sulfaméthoxazole	Triméthoprim-sulfaméthoxazole	Triméthoprim-sulfaméthoxazole
Ciprofloxacine, lévofloxacine	Ciprofloxacine, lévofloxacine	Ciprofloxacine, lévofloxacine
	Ceftriaxone, céfotaxime	Témocilline
		Céfoxitine (si <i>E. coli</i> )
		Pipéracilline-tazobactam
		Céfépime
		Ertapénème, imipénème, méropénème
		Aztréonam
		Amikacine et gentamicine

**Commentaires à rajouter au compte rendu :**

Antibiogramme ciblé pour privilégier les antibiotiques à faible impact écologique. Pour toute information complémentaire, contacter le laboratoire.

En cas d'infection urinaire masculine, ne pas utiliser les aminosides en traitement de relais.

## Bilan provisoire en ARA

	LBM A	LBM B	LBM C	LBM D
N d'ECBU avec antibiogramme rendus	48 824	3 696	≈ 30 000	23 621
N d'antibiogrammes ciblés rendus	0	0	0	23 478 (99,3%)
Remarques/freins	Manque de temps (crise Covid)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réticences des médecins prescripteurs</li> <li>- Mise en place future du SIL (système de gestion de l'information du laboratoire)</li> <li>- « Former les médecins prescripteurs à l'antibiologie »</li> <li>- « Former les médecins à la biologie pour qu'ils comprennent que c'est un vrai métier et qu'ils ne connaissent pas tout ! »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmation informatique difficile à réaliser avec les logiciels métier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'antibiogrammes ciblés pour les services de réanimation à la demande des prescripteurs</li> <li>- Antibiogrammes ciblés dans 100% des cas pour les autres services et pour les patients de ville</li> <li>- Pédagogie auprès des prescripteurs : fréquente incompréhension</li> <li>- Certains peuvent « mal le prendre » (« le labo nous cache des choses »)</li> </ul>

# Pourquoi s'intéresser aux prescriptions d'antibiotiques en EHPAD ?

- Prescription fréquente : prévalence 3-15%, incidence 50-80%/patient/an
- Grande variabilité entre établissements
- Particularités diagnostiques et organisationnelles
- Marge d'amélioration : 50% des prescriptions non justifiées ou inappropriées
- Impact individuel et collectif : épidémies BMR/BHR, infections à *C. difficile*
- Top 3 des infections : urinaires (32-66%), respiratoires (15-36%), peau/tissus mous (13-18%)
- « Hot topic » des programmes de bon usage des antibiotiques

# Prescriptions antibiotiques en EHPAD : les solutions

## Causes fréquentes de mésusage

- Antibiothérapie des colonisations (bactériurie asymptomatique)
- Antibioprophylaxie  
1/3 prescriptions  
89% pour la prophylaxie des IU
- Antibiothérapie des infections virales respiratoires
- Antibiothérapie locale
- Absence de réévaluation à J3
- Durée > 7 jours (50%)

## Axes d'amélioration

- Pas de prescription sans examen clinique
- Education (personnel médical, autres soignants, patients, entourage)
- Cibles
- Guides d'utilisation des antibiotiques
- Réévaluation à J3 et J7
- Limiter les examens microbiologiques inutiles
- Faciliter l'accès aux résultats microbiologiques
- Tests de diagnostic rapide
- Intégrer le BUA dans le programme qualité/sécurité des patients

## Groupe de Travail Bon Usage des Antibiotiques en EHPAD »

Jeudi 22/09/2022

**Présents :** Emilie Piet (Infectiologue CHANGE), Gaëtan Gavazzi (Gérialre CHU Grenoble), Sylvie De Larouziere (EMH CH Riom), Hélène Clauson (EMH CHU Clermont-Fd), Aurélie Fournere (EOH Chambéry), Hélène Capart (MedCo Le Puy-en-Velay), Florence Richard (MedCo Argonay), Nathalie Weil (EMH Valence), Emmanuel Forestier (Infectiologue, Chambéry), Luc Foroni (OMEDIT ARA), Clément Theis (CRATb ARA), Clément Lahaye (Unité mobile de gérialre CHU Clermont-Fd), Thierry Rusterholtz (ARS ARA), Thomas Celarier (Gérialre CHU St Etienne), Jacques Labrosse (MedCo Le Puy-en-Velay), Heddi Bouti (MedCo Grenoble), Pierre Batailler (EMH Grenoble), Philippe Lesprit (CRATb ARA), Olivier Baud (CPias ARA).

**Excusés :** Franck-Olivier Mallaval (EOH Chambéry), Gilles Redon (ARS ARA), Françoise Ruban-Agniel (EMH HCL), Marc Philippo (EMH CHU St Etienne).

- Enquête du Ginger
- Check list infection urinaire
- Guide régional antibiothérapie en EHPAD
- Choix des indicateurs
- Intégration des infirmières

## Infections digestives

### Diarrhée avec exposition récente aux antibiotiques :

Recherche toxine de *Clostridioides difficile*  
Si positive : Vancomycine po 125mg x 4/j ou Fidaxomicine 200mgx2/j (DTT=10 j). Médicaments disponibles en rétrocession sur prescription hospitalière  
Si récidivante avis infectieux ou gastro

**Cholécystite et angiocholite/diverticulite** : imagerie, avis chirurgical. En cas d'impossibilité : ceftriaxone iv/sc 1g/j + métronidazole 500 mgx3/j (DTT 7 j)

## Fièvre isolée

**Ne pas traiter à l'aveugle sauf retentissement systémique :**  
Syndrome infectieux (fièvre ou hypothermie)

ET

Signes de mauvaise tolérance (hypotension ou choc, polypnée et/ou hypoxie, oligurie ou insuffisance rénale, encéphalopathie) ou patient neutropénique (< 500 PNN)

**Sepsis (infection avec 2 items parmi : TAS ≤100, FR ≥22, confusion récente) ou choc septique :**

après ECBU + 1 hémoculture si possible  
Ceftriaxone iv 2g + Gentamicine iv 7mg/kg  
Appel SAMU pour transfert

## Allergie aux pénicillines

Rares allergies croisées pénicillines-céphalosporines (3%)  
Contre-indication des céphalosporines uniquement si allergie de type I aux pénicillines (urticaire, bronchospasme, œdème de Quincke, choc anaphylactique).

Si intolérance digestive (nausées, diarrhées...) : ce n'est pas une allergie et ne contre-indique pas une pénicilline.

Si antécédent d'éruption cutanée : seuls les urticaires, syndrome de Lyell et Steven Johnson et les DRESS sont une contre-indication formelle à l'utilisation des pénicillines, par contre les céphalosporines peuvent être utilisées.

## Utilisation des fluoroquinolones

Ne doivent pas être utilisées en traitement probabiliste en cas de prise antérieure dans les 6 derniers mois

## Avis infectieux en Auvergne-Rhône-Alpes

Si vous n'avez pas de référent en antibiothérapie utilisez ce qrcode



Services universitaires

Grenoble  
Lyon  
Saint Etienne  
Clermont-Ferrand

## Sources d'information en ligne

Site internet CRAAtb  
[www.antibioclinc.com](http://www.antibioclinc.com)  
[www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)  
[www.sitegpr.com/fr](http://www.sitegpr.com/fr)  
<https://adf.asso.fr/guide-antibio/index.html#page=1>

## Antibiothérapie en EHPAD

Recommandations élaborées par le CRAAtb ARA, OMeDIT ARA, CPias ARA, à partir des recommandations de l'ANSM, de la HAS et de la SPILF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), document rédigé en novembre 2022. Document inspiré par la plaquette des Hauts de France.

## Pas d'antibiotiques

**Situations ne nécessitant pas d'antibiotique en 1<sup>ère</sup> intention :**

Bronchite aiguë  
Exacerbation de BPCO légère à modérée  
Angine à TDR négatif  
Rhinopharyngite  
Furoncle simple  
Morsure/griffure mineure  
Diarrhée simple sans fièvre

> donner un traitement symptomatique et réévaluer à 48h.

**Situations ne nécessitant pas d'antibiotique si pas d'infection profonde objectivée :**

Plaie ou escarre  
Bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire).

## Antibiothérapie de la personne âgée

Fonction rénale altérée => posologie à adapter (gpr).

Personne âgée polymédiquée => risque d'interactions médicamenteuses majoré.

Effets secondaires majorés chez la personne âgée => diarrhée, infection à *C. difficile*, candidose buccale, confusion.

Limiter la pression de sélection => respecter les indications molécules à spectre étroit, durée courte, limiter les associations

## Abréviations

DTT = durée totale de traitement

# 14 indicateurs quantitatifs 10 proxy indicateurs

## Mission Primo Santé Publique France

### Indicateurs nationaux de bon usage des antibiotiques en EHPAD : résultats d'un consensus formalisé d'experts

Juillet 2021

#### 3.4.2 Liste définitive indicateurs de BUA en EHPAD (liste D)

##### 3.4.2.1 Liste des indicateurs quantitatifs (liste D)

Indicateurs quantitatifs	
1	Nombre de prescriptions d'antibiotiques (J01) / 100 résidents-jours.
2	Nombre de doses définies journalières (DDJ) d'antibiotiques (J01) / 100 résidents-jours.
3	Nombre de résidents recevant au moins un antibiotique (J01) par an / nombre total de résidents par an.
4	Nombre de prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02) / 100 résidents-jours.
5	Nombre de doses définies journalières (DDJ) d'amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02) pour / 100 résidents-jours.
6	Nombre de prescriptions de céphalosporines (J01D) / 100 résidents-jours.
7	Nombre de doses définies journalières (DDJ) de céphalosporines (J01D) / 100 résidents-jours.
8	Nombre de prescriptions de quinolones (J01M) / 100 résidents-jours.
9	Nombre de doses définies journalières (DDJ) de quinolones (J01M) / 100 résidents-jours.
10	Nombre de prescriptions de macrolides et apparentés (J01F) / 100 résidents-jours.
11	Nombre de doses définies journalières (DDJ) de macrolides et apparentés (J01F) / 100 résidents-jours.
12	Nombre de prescriptions d'antibiotiques par voie parentérale (Intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée) / nombre de prescriptions d'antibiotiques par voie parentérale et orale (J01).
13	Nombre de prescriptions d'ECBU / 100 résidents-jours.
14	Nombre de résidents ayant eu au moins un ECU dans l'année / nombre total de résidents dans l'année.

##### 3.4.2.2 Liste des proxy indicateurs (liste D)

Proxy indicateurs	
1	<b>Infection urinaire masculine</b> : suite à la réalisation d'un ECU chez un homme, nombre de prescriptions de nitrofurantoïne (J01XE01), fosfomycine-trométamol (J01X001), pivmecillinam (J01CA08), amoxicilline (J01CA04) ou amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02) / nombre de prescriptions de fluoroquinolones (J01M), céphalosporines (J01D) ou sulfaméthoxazole/triméthoprim (J01FE01) par an chez l'homme : <b>ratio acceptable &lt; 0.2 et optimal 0.</b>
2	<b>Infection urinaire de la femme</b> : suite à la réalisation d'un ECU chez une femme, nombre de prescriptions de nitrofurantoïne (J01XE01), fosfomycine-trométamol (J01X001), pivmecillinam (J01CA08) / nombre de prescriptions de fluoroquinolones (J01M) par an chez la femme : <b>ratio cible &gt; 1.5.</b>
3	<b>Re-prescription de quinolones</b> : nombre de prescriptions de fluoroquinolones (J01M) chez des patients ayant déjà reçu ces molécules dans les 6 derniers mois / nombre de prescriptions de fluoroquinolones par an : <b>pourcentage acceptable de re-prescription de fluoroquinolones &lt; 10% et pourcentage optimal 0%.</b>
4	<b>Variation saisonnière des prescriptions d'antibiotiques (J01)</b> : (nombre de prescriptions d'antibiotiques en hiver (d'octobre à mars) / nombre de prescriptions d'antibiotiques en été (d'avril à septembre) - 1) x 100 : <b>pourcentage cible augmentation &lt; 20%.</b>
5	<b>Variation saisonnière des prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique (J01CR2)</b> : (nombre de prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique en hiver (d'octobre à mars) / nombre de prescriptions d'amoxicilline/acide clavulanique en été (d'avril à septembre) - 1) x 100 : <b>pourcentage cible augmentation &lt; 20%.</b>
6	<b>Ratio antibiotiques de 1<sup>ère</sup> intention vs antibiotiques de 2<sup>ème</sup> intention</b> : nombre de prescriptions d'amoxicilline (J01CA04) ou amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02) (antibiotiques de 1 <sup>ère</sup> ligne) / nombre de prescriptions de fluoroquinolones (J01M), céphalosporines (J01D) et macrolides et apparentés (J01F) (antibiotiques de 2 <sup>ème</sup> ligne) : <b>ratio cible &gt; 1.5.</b>
7	<b>Nombre de prescriptions &gt; 7 jours pour amoxicilline (J01CA04), amoxicilline/acide clavulanique (J01CR02), cefuroxime (J01DC02), céfopodoxime (J01D013), ceftriaxone (J01FA06), clarithromycine (J01FA09), pristinamycine (J01FG01) et nitrofurantoïne (J01XE01)</b> / nombre total de prescriptions pour ces 8 antibiotiques : <b>pourcentage acceptable de prescriptions de plus de 7 jours &lt; 20% et pourcentage optimal 5%.</b>
8	<b>Co-prescription d'antibiotiques et d'AINS</b> : nombre de co-prescriptions d'antibiotiques (J01) et d'AINS sur une même ordonnance / nombre total de prescriptions d'antibiotiques : <b>pourcentage acceptable de co-prescriptions &lt; 5% et pourcentage optimal 0%.</b>
9	<b>Vaccination anti-grippale</b> : nombre de vaccins grippes dispensés / nombre de résidents ayant séjourné dans l'EHPAD entre octobre et février : <b>pourcentage cible &gt; 90%.</b>
10	<b>Prescription de céphalosporines orales</b> : nombre de prescriptions de céphalosporines orales / nombre total de prescriptions de céphalosporines orales et injectables (J01D) : <b>pourcentage acceptable de céphalosporines orales &lt; 30% et pourcentage optimal &lt; 10%.</b>

# Antibiorésistance : perceptions du grand public

- Enquêtes SpF 2019-2020 : grand public (n=1204), MG (n=388)
- Demande de prescriptions d'ATB par les patients : 33% des MG
- Même degré élevé de confiance envers le MG
- Méconnaissance sur l'antibiorésistance :
  - ✓ Les ATB ne sont actifs que sur les bactéries 50%
  - ✓ ATB inactifs sur la grippe 43%



Menard C. et al, Antimicrob Resist Infect Control, 2022

# Utilisation des ATB, hospitalisation et satisfaction

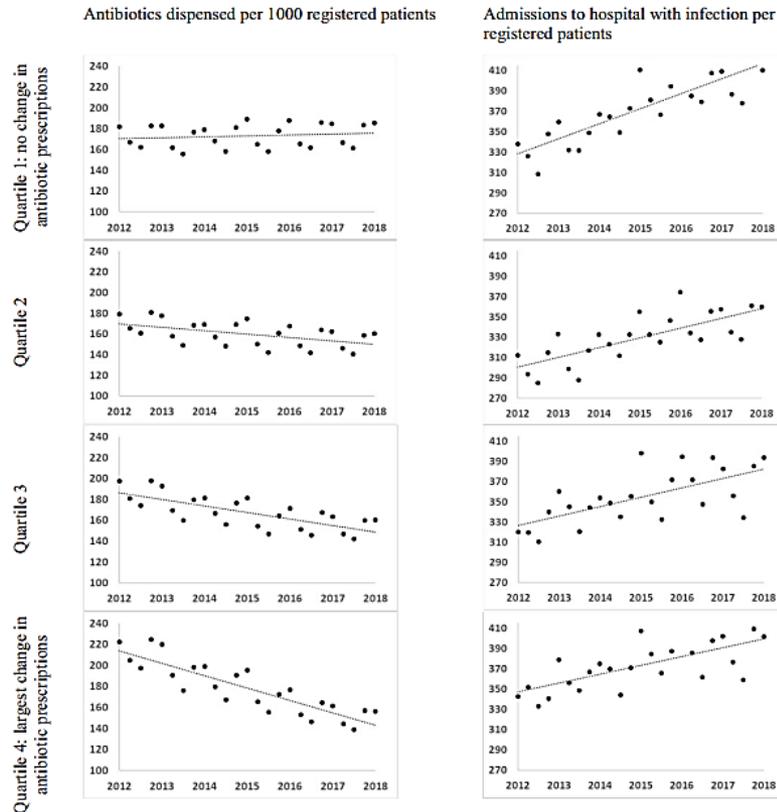


Figure 1. Antibiotic prescriptions and hospital admissions between 2012 and 2018 in each quartile of prescribing change.

Table 3. Associations between practice characteristics and patient overall satisfaction with the practice in 2017-18

Practice characteristics (units for continuous measures)	Percentage point difference (95% CI) in patient satisfaction with overall care in 2017-18	
	univariate	adjusted
Antibiotic prescriptions per 1000 patients per quarter (unit decrease)	0.04 (-0.2 to 0.3)	0.04 (-0.2 to 0.3)
Baseline satisfaction in 2011-12 (percentage point increase)	0.3 (0.2 to 0.3)	0.2 (0.1 to 0.3)
List size (1000 increase in list size)	-0.3 (-0.4 to -0.2)	-0.1 (-0.2 to 0.03)
Percentage of patients <5 years old (percentage point increase)	-0.5 (-0.8 to -0.1)	0.3 (-0.01 to 0.7)
Percentage of patients ≥65 years old (percentage point increase)	0.2 (0.1 to 0.3)	0.1 (0.03 to 0.2)
Deprivation quintile		
1 (most deprived)	REF	REF
2	0.6 (-0.6 to 1.9)	0.4 (-0.9 to 1.6)
3	1.4 (0.2 to 2.6)	0.5 (-0.8 to 1.7)
4	3.4 (2.2 to 4.6)	2.1 (0.8 to 3.4)
5 (most affluent)	3.8 (2.5 to 5.0)	2.5 (1.1 to 3.8)
Location (urban-rural classification)		
urban area	REF	REF
small town	1.0 (-0.1 to 2.2)	0.1 (-1.1 to 1.3)
rural area	3.2 (2.2 to 4.2)	0.5 (-0.8 to 1.8)

↑ du degré d'insatisfaction mais sans lien avec l'absence de prescription d'ATB

Sommaire de la fiche

- Les infections les plus courantes
- Les antibiotiques de A à Z
- A à B
- C
- D à J
- L à M
- N à P
- R à T
- 'Pour en savoir plus' : questions-réponses sur les antibiotiques et les infections
- Déclarer un effet indésirable : quand, pourquoi, comment ?

Dossier

# Antibio'Malin - Les antibiotiques : soyons malins, utilisons-les mieux

22/06/2021

Dossier constitué avec : l'Université de Lorraine, AntibioEst, l'Agence régionale de santé Grand Est, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Meurthe et Moselle et la Direction Régionale du Service médical Nord-Est.

Ce dossier thématique regroupe sous forme de fiches courtes l'ensemble des antibiotiques prescrits par les professionnels de santé de ville, ainsi que les principales infections. Vous trouverez dans ces fiches des informations pratiques pour vous accompagner dans la prise de votre antibiotique et dans la compréhension de votre infection. Ces informations vous aideront aussi à participer à un meilleur usage des antibiotiques, pour lutter contre l'antibiorésistance.

De nombreux liens sont présents sur chaque fiche pour plus d'informations.



# Antibio'Malin

Les antibiotiques : soyons malins, utilisons-les mieux !

Grâce à Antibio'Malin, je peux m'informer sur les traitements antibiotiques et sur les principales infections.

Pour éviter la résistance des bactéries aux antibiotiques et empêcher leur inefficacité, Antibio'Malin m'aide à mieux les utiliser et me soigner.



## LES INFECTIONS COURANTES

Combien de temps vais-je me sentir malade ?  
Comment protéger mon entourage ?



## LES ANTIBIOTIQUES DE A à Z

Comment prendre mon médicament ?  
Dans quel cas est-il efficace ?



## LE NIVEAU D'ANTIBIORESISTANCE

Cet antibiotique entraîne-t-il un risque  
de résistance des bactéries ?



## POUR EN SAVOIR PLUS

Des réponses utiles et pratiques aux  
questions que je me pose.

Pour tout savoir, je consulte Antibio'Malin :

[www.sante.fr/antibiomalinalin](http://www.sante.fr/antibiomalinalin)



ILS SONT  
PRÉCIEUX,  
UTILISONS-LES  
MIEUX.



J'AGIS POUR MA SANTÉ



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Auvergne-Rhône-Alpes



Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques.

DATE : ..... / ..... / .....

NOM DU PATIENT : .....

CACHET MÉDECIN

Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>RHINOPHARYNGITE (RHUME)</b> • <i>Toujours virale.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
<input type="checkbox"/>	<b>GRIPPE</b> • <i>Infection virale.</i>	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
<input type="checkbox"/>	<b>ANGINE VIRALE</b> • <i>Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
<input type="checkbox"/>	<b>BRONCHITE AIGUË</b> • <i>Quasiment toujours virale.</i> • <i>Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.</i>	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
<input type="checkbox"/>	<b>OTITE AIGUË</b> • <i>Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.</i>	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

### CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconseiller votre médecin.

Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite.

# Bienvenue !

Vous êtes ici sur un lieu ressource du CRATB dédié au grand public, comme les enfants.

Vous y trouverez des informations sur les antibiotiques, l'éducation et les vaccins.

## Éducation de nos enfants

Les enfants aussi ont un rôle à jouer dans cette lutte contre l'antibiorésistance.

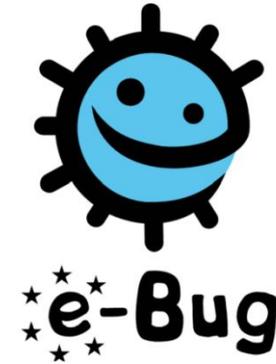
Comprendre la dissémination microbienne, le rôle et fonctionnement des antibiotiques, l'importance des vaccins, la nécessité des gestes simples d'hygiène basique... Tout cela participe à l'amélioration de l'utilisation des antibiotiques.

A vous de jouer !



# Bienvenue sur le site e-Bug!

e-Bug est une ressource pédagogique gratuite et ludique destinée aux écoliers et à leurs enseignants/soignants, ainsi qu'aux étudiants en santé. Les outils concernent les micro-organismes, la transmission, la prévention et le traitement des infections.



## Antibiotiques et

## Résistances aux antibiotiques



## e-Bug Junior

Jeux amusants et ressources pédagogiques sur les microbes et les antibiotiques



### Fiche d'information sur les

Cliquez ici pour découvrir à quel point les microbes peuvent être mortels et dégoûtants!



### Guide de révision

Besoin de réussir ces examens? Cette section est faite pour vous!



### Jeux

Allez-y, jouez à nos jeux et amusez-vous!



### Quiz

Prêt à tester ce que vous savez vraiment sur les microbes?



### Accueil Science

Étudiez les microbes avec quelques expériences à la maison.



### Temple de la renommée

Découvrez les scientifiques légendaires et leurs découvertes

## Perspectives et conclusion : tout le monde est concerné

- Renforcer les interactions avec les acteurs régionaux : ville, ES, EMS
- Poursuite des actions en partenariat avec la DRSM
- Poursuite état des lieux antibiogrammes ciblés en ville et mise en place d'un outil d'aide à la prescription
- Actions de formation
- Informer usagers et grand public

## 18-24 novembre 2022 : Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques

À l'occasion de la semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques, focus sur l'antibiorésistance et sur les moyens de lutter contre ce fléau.

Si depuis leur découverte les antibiotiques ont permis de prolonger la durée de vie des êtres humains, cet énorme progrès scientifique est aujourd'hui victime de son succès. En effet, à force d'être exposées aux antibiotiques, les bactéries, au départ très sensibles à ces traitements, ont commencé à développer des résistances. Cela est devenu un problème majeur de santé publique en France et dans le monde entier.

Homme et bactéries sont intimement liés. Nous possédons en effet plus d'un kilogramme de bactéries dans notre tube digestif, et bien d'autres encore sont présentes sur notre peau ou ailleurs. « On pourrait même dire que nous sommes plus bactériens qu'humains, explique Patricia Pavese, chef du service d'Infectiologie au CHU de Grenoble Alpes. Or, chaque fois que nous prenons un antibiotique, nous modi-

fions notre flore. Nous détruisons les bactéries sensibles et faisons émerger des bactéries résistantes. » Et si certains antibiotiques ont un large spectre d'action et sont efficaces contre de nombreux types de bactéries à la fois, d'autres en revanche ont un spectre plus étroit. « Si nous prenons des antibiotiques à très large spectre, la résistance apparaîtra alors plus rapidement. Le bon usage des antibiotiques consiste donc à choisir un traitement adéquat durant un laps de temps optimisé afin d'avoir le moins de pression de sélection possible sur les bactéries qui nous habitent », ajoute le Dr Pavese.

En France, et dans certains autres pays du monde, notre consommation d'antibiotiques est excessive, non seulement dans les hôpitaux mais aussi en ville. « On prescrit encore trop d'antibiotiques pour des infections qui n'en ont souvent pas besoin, précise Patricia Pavese. Pour améliorer cette situation, des règles simples pourraient être suivies : utiliser des antibiotiques à spectre le plus étroit possible, comme la pénicilline, par exemple, et limiter la

durée des traitements antibi-

La prévention et l'éducation sont nécessaires pour parvenir à limiter la résistance, non seulement au niveau public mais également au niveau individuel. « Les antibiotiques jouent aujourd'hui d'une réputation 'miraculeuse' qui doit à l'époque de la Seconde Guerre mondiale durant laquelle ils ont été utilisés la vie de soldats, souligne Patricia Pavese, « l'image de l'antibiothérapie est un peu surfaite par rapport à son effet réel. »

Suite au mésusage de cette formidable invention, il existe malheureusement aujourd'hui un grand nombre de bactéries dites « multirésistantes », c'est-à-dire résistantes à plusieurs classes d'antibiotiques, responsables de plus de 25 000 décès en France et de 150 000 infections.

Cet article vous a été proposé par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPIPLF).



**EUROPEAN ANTIBIOTIC AWARENESS DAY**  
A EUROPEAN HEALTH INITIATIVE



Retrouvez plus d'articles sur le site <https://www.infectiologie.com/fr/> onglet « Pour le grand public ».



**Dr Patricia PAVESE**  
Chef du service infectiologie,  
CHU de Grenoble Alpes

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS

## IPP au long cours « Les IPP, ce n'est pas pour l'éternité »

Pr GAVAZZI (CHUGA)  
Dr LEVY-NEUMAND (AM)

Mercredi 23 novembre 2022

*Espascaf – Lyon Part-Dieu*

# PLAN



1. Contexte
2. IPP en AuRA : état des lieux et mise en perspective
3. Recommandations, iatrogénie et déprescription
4. Crainte des prescripteurs : le risque médico-légal. Lequel ?
5. Conclusion

# L'alerte sanitaire

HAS - 12/11/2020 :



« Il est **urgent et prioritaire** de favoriser une **prescription raisonnée** et d'engager une dynamique de **déprescription** de ces médicaments ».

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS

## 1. CONTEXTE



# Contexte

## 1.1 Enjeu

- Volumétrie : 16 millions de patients traités en France en 2015 avec une évolution de 13 % en 5 ans
- Iatrogénie : directe et indirecte

## 1.2 Marge d'amélioration pressentie

- HAS 2015 : 70 % hors AMM, toutes indications confondues
- HAS 12/11/2020 : 50 % des prescriptions non justifiées.



## 1.3 Opportunité : recommandations récentes

- HAS rapport d'évaluation (novembre 2020) + fiche de bon usage des IPP (08/09/2022)
- Société Européenne de Cardiologie (ESC 2021) European Heart Journal (2021) 42, 1289-1367

# Contexte



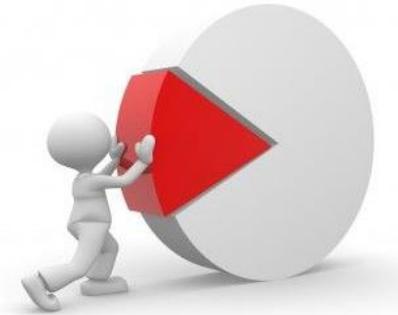
## 1.4 Données de l'étude COMPASS :

Etude randomisée en double aveugle conduite sur 3 ans chez 17 598 patients en prévention secondaire CV, répartis en 3 groupes : aspirine / aspirine + rivaroxaban / rivaroxaban

- Pas de protection des IPP contre les UGD et/ou hémorragies, sauf chez les patients à haut risque
- Effet indésirable démontré = infection intestinale : 1 épisode de plus par rapport au placebo pour 900 patients traités
- Part des ATCD d'UGD ou hémorragies = 2,6 %



# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS



## 2. LES IPP EN AURA du 01/06/2021 au 30/05/2022

Etat des lieux: statistiques du groupe régional médicament de  
l'Assurance Maladie (DCGDR)  
Mise en perspective

# Etat des lieux

AuRA (12 départements) – période d'étude : juin 2021-mai 2022 – Régime général hors mutuelles

## Patients traités par IPP / coût des traitements par IPP

**6 255 509 patients**  
+18 ans, avec au moins 1  
acte médical réalisé en  
libéral  
01/06/2021 à 31/05/2022

**1 492 989 patients**  
(23,9 %)  
25 149 834 €

**Instauration\* :**  
**898 498 patients**  
(60,2 %)  
5 045 830 €  
(20,1 %)

**IPP au long cours (> 12 mois)\*\* :**  
**429 173 patients**  
(28,7 %)  
18 842 751 €  
(74,9 %)

\* absence de délivrance d'IPP dans les 6 mois précédant la première délivrance (du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 mai 2022)

\*\* au moins 8 délivrances d'IPP sur 12 mois

# Etat des lieux

AuRA - juin 2021 à mai 2022 - IPP au long cours (> 12 mois)

**429 173**  
patients

Association médicamenteuse à risque digestif ?\*

**Sans**

**202 579** patients  
(47,2 %)  
8 268 687 €

**Avec**

**226 594** patients  
(52,8 %)  
10 574 064 €  
*dont 73,8 % ≥ 65 ans*

\* AINS ou antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants ou corticoïdes (au moins 3 délivrances sur les 6 mois précédant la dernière délivrance d'IPP)

# Etat des lieux

## Répartition des associations à risque digestif / IPP au long cours en association

Produit à risque	Nb de patients Montant remboursé IPP	Part / IPP en association	≥ 65 ans / nb de patients traités (%)
Monothérapie antiagrégante (AAP) sans AC, COR ou AINS	76 506 patients 3 602 793 €	33,8 34,1	79,5
AC sans AAP, COR ou AINS	39 812 patients 1 906 303 €	17,6 18,0	89,5
AINS associés ou non aux AAP, AC ou COR	31 097 patients 1 242 961 €	13,7 11,8	42,2
Bithérapie AAP sans AC, COR ou AINS	10 366 patients 505 863 €	4,6 4,8	64,5
COR sans AAP, AC ou AINS	8 901 patients 418 837 €	3,9 4,0	57,0
AC + AAP sans COR ni AINS	7 266 patients 366 598 €	3,2 3,5	83,4

**AAP** = antiagrégants  
**AC** = anticoagulants oraux  
**COR** = corticoïdes

AuRA juin 2021 à mai 2022 :  
**226 594 patients**  
**Sous IPP au long cours**  
( > 12 mois )  
**et traités avec des**  
**médicaments à risque**  
**digestif**

# Mise en perspective

## 1) Infections intestinales :

429 173 patients en traitement de longue durée (justifiés ou non) sur 1 an  
= 477 patients théoriques avec une infection intestinale sur 1 an



## 2) Sur quels patients agir ?

3 critères : volumétrie, marge d'amélioration et faisabilité :

- 116 318 patients en monothérapie CV (AAP ou AC) + IPP > 12 mois
- + 202 579 patients sous IPP seul
- = 318 897 patients = 74,1 % des patients sous IPP au long cours

## 3) L'accompagnement des médecins généralistes

Un médecin généraliste sur 5 a prescrit des IPP au long cours, seuls ou avec une monothérapie AAP ou AC à plus de 60 patients.



## 4) La contractualisation avec les établissements

Les établissements contribuent à la réévaluation des traitements et/ou à la déprescription et influencent les pratiques de ville. Le CAQES 2022 comporte une thématique IPP (14 établissements concernés en AuRA).

# Mise en perspective

## Quels accompagnements des médecins :

- **Courriers de sensibilisation** aux MG les plus concernés et cardiologues::  
Octobre 2021 .  
Mesure d'impact : baisse de 17% du nb de patients concernés
- **Webinaire régional : intervention du Pr Gavazzi CHUGA et du Pr Saurin HCL**  
14 juin 2022 Webinaire disponible en replay
- **Campagne nationale d'accompagnement personnalisée** auprès des MG :  
campagne en cours (visites DAM)

*Des accompagnements au long cours*

# Mise en perspective :

## Accompagnement établissements :

Un profil de prescription construit selon trois thématiques :

- IPP au long cours :  
« Les IPP, ce n'est pas pour l'éternité »
- IPP en association avec des AAP, Anticoag et/ou corticoïdes :
- « Les IPP hors AMM, ce doit être exceptionnel »
- IPP avec des AINS :  
« La protection gastrique, c'est pas systématique »



Profil IPP CAQES  
Etablissements MCO

Période de référence : 01 JANVIER 2021 à 31 DÉC

Entité Juridique :

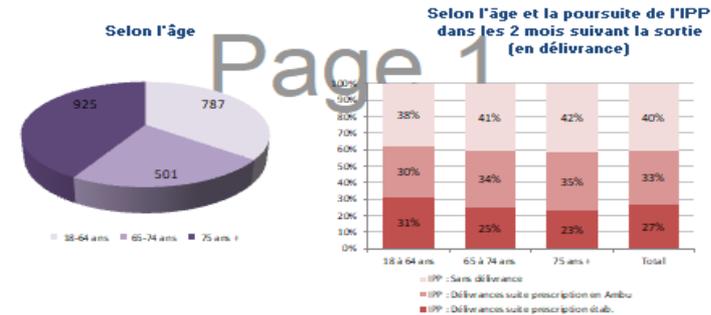
Nom de l'établissement :

Le profil présente les marges d'amélioration potentielle au regard des recommandations de la HAS, de la commission de la transparence et/ou de l'AMM. 3 thèmes sont identifiés.

La prescription d'IPP au long cours (hors associations avec AINS, aspirine à petite dose, antiagrégants, anticoagulants et/ou corticoïdes systémiques)

« Les IPP ce n'est pas pour l'éternité »

Répartition des patients avec IPP au long cours à l'entrée de l'établissement



Indicateur de pratique clinique :

Indicateur	Etablissement			Etablissements de la région Auvergne-Rhône-
	Numérateur	Dénominateur	Taux %	Taux %
Taux % de patients avec IPP maintenu par l'établissement	589	2 213	26,6%	25,4%



Auvergne-Rhône-Alpes



# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS



## 3. RECOMMANDATIONS, IATROGÉNIE ET DÉPRESCRIPTION

### L'avis de l'expert : Professeur Gaëtan Gavazzi

Professeur de gériatrie CHU Grenoble, Président du Collège National Des Enseignants de Gériatrie – CNEG, Président du Gérontopôle AURA



# Les indications, les non indications et les autres... quel bénéfice ? ...

## Indications certaines :

- aigue : AMM RGO, UGD, hémorragie digestive, oesophagite, etc
- prévention UGD : AINS + Au moins un FDR ( > 65 ans AAP, Acoag, ATCD UGD)
- **au long cours... Zollinger Elisson et RGO symptomatique**

## Les NON Indications :

IPP pour prévenir des UGD  
en dehors des indications strictes

## Ce qui pose problème :

Les probables : âge > 65 ans + 2 FDR : probablement... non démontré...

Les improbables : âge > 65 ans + 1 FDR... (antiagrégant OU AOD OU AVK, ...)

### En cas :

- d'oesophagite de grade C ou D selon la classification de Los Angeles ;
- d'oesophage de Barrett ;
- de RGO symptomatique invalidant non suffisamment contrôlé par un traitement intermittent.



## PAS d'indication pour l'instant

Age et Antiagrégant seul

> 60% des IPP > 1 an

Age et AOD seul...

## Indications pour l'instant

Age et ATCD et antiagrégant seul

Age et ATCD et AOD

= < 10% des IPP > 1 an

Age et.... et.....

... Et pour quels risques ?

# Les IPP, des effets indésirables ?

## Liens certains

Hyponatrémie et SIADH

Colite à clostridioides difficile

## Liens probables / possibles

Pneumonie <sup>1</sup>

Fracture ostéoporotique <sup>2, 3</sup>

Maladie auto-immune <sup>4</sup>

Déficit vitaminique B12 <sup>5</sup>

Hypomagnésémie <sup>6</sup>

Microbiote digestif <sup>7</sup>

Déficit en fer <sup>8</sup>

Syndrome des yeux secs

**Liens écartés :** aucun, si ce n'est impact sur cognition... très incertain...

<sup>1</sup>Takedani et al. *BMC Geriatrics*, <sup>2</sup>Niznik JD et al. *J Am Med Dir Assoc*. 2021 , <sup>3</sup>Park et al. *BMC Geriatrics* (2020) 2022, <sup>4</sup> Lin SH et al *Front Immunol* 2021 , <sup>5</sup>Porter KM et al *Am J Clin Nutr* 2021, <sup>6</sup>Gommers LMM et al *Acta Physiol (Oxf)*, <sup>7</sup>Li XB et al *BMC Microbiol*. 2022, <sup>8</sup> Ali MD et al *Curr Rev Clin Exp Pharmacol*. 2022

# Colite à clostridioides difficile : une infection fréquente et grave ?

ORIGINAL ARTICLE: EPIDEMIOLOGY,  
CLINICAL PRACTICE AND HEALTH

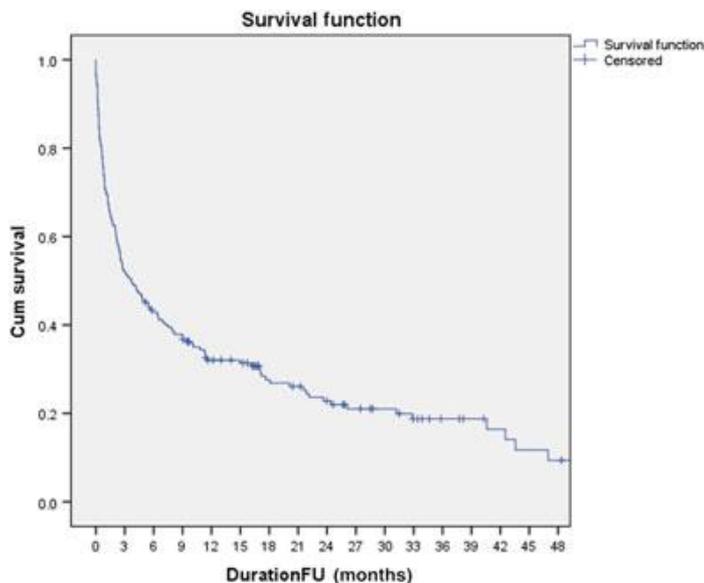
## Risk factors for short- and long-term mortality in very old patients with *Clostridium difficile* infection: A retrospective study

Yaara Leibovici-Weissman,<sup>1</sup> Alaa Atamna,<sup>2</sup> Agata Schlesinger,<sup>3,4</sup> Noa Eliakim-Raz,<sup>4,5</sup> Jihad Bishara<sup>4,5</sup> and Dafna Yahav<sup>4,5</sup>

Internal Medicine <sup>1</sup>D, Rabin Medical Center, <sup>2</sup>C, Rabin Medical Center, <sup>3</sup>Department of Acute Geriatrics, Rabin Medical Center and <sup>5</sup>Unit of Infectious Diseases, Rabin Medical Center, Beilinson Hospital, Petah-Tikva and <sup>4</sup>Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Ramat-Aviv, Israel

### Etude rétrospective [2009–2014]

- 184 patients ≥80 ans, **âge médian 86 ± 4,8 ans**
- Charlson médian 7
- **Mortalité à J30 : 33,2%**

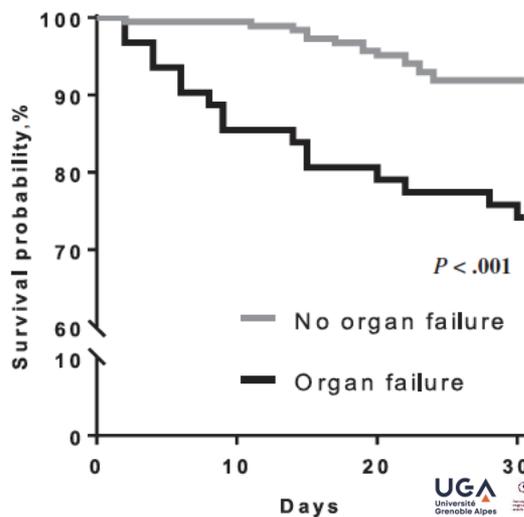


### Original Study

## Acute *Clostridioides difficile* Infection in Hospitalized Persons Aged 75 and Older: 30-Day Prognosis and Risk Factors for Mortality

Arnaud Caupenne MD<sup>a,\*</sup>, Pierre Ingrand MD, PhD<sup>b,c</sup>, Isabelle Ingrand PhD<sup>b,c</sup>, Emmanuel Forestier MD<sup>d</sup>, Claire Roubaud-Baudron MD, PhD<sup>e</sup>, Gaëtan Gavazzi MD, PhD<sup>f</sup>, Marc Paccalin MD, PhD<sup>a,c</sup>

- 247 patients 87 ans (+/- 5) (moy)
- 42.9 % avec exposition ATB (SEULEMENT !!!)
- 25% avec signe de gravité
- CIRS-G : 16.6 ((+/- 6)
- **Mortalité à J30 : 28.4%**



Caupenne A JAMDA  
2020

# Colite à clostridioides difficile : une infection fréquente et grave ?

ORIGINAL ARTICLE: EPIDEMIOLOGY,  
CLINICAL PRACTICE AND HEALTH

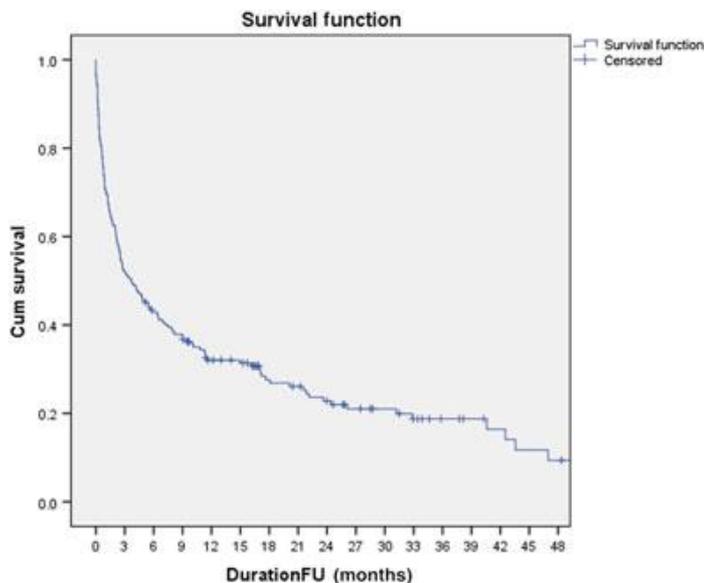
## Risk factors for short- and long-term mortality in very old patients with *Clostridium difficile* infection: A retrospective study

Yaara Leibovici-Weissman,<sup>1</sup> Alaa Atamna,<sup>2</sup> Agata Schlesinger,<sup>3,4</sup> Noa Eliakim-Raz,<sup>4,5</sup> Jihad Bishara<sup>4,5</sup> and Dafna Yahav<sup>4,5</sup>

Internal Medicine <sup>1</sup>D, Rabin Medical Center, <sup>2</sup>C, Rabin Medical Center, <sup>3</sup>Department of Acute Geriatrics, Rabin Medical Center and <sup>5</sup>Unit of Infectious Diseases, Rabin Medical Center, Beilinson Hospital, Petah-Tikva and <sup>4</sup>Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Ramat-Aviv, Israel

### Etude rétrospective [2009–2014]

- 184 patients ≥80 ans, **âge médian 86 ± 4,8 ans**
- Charlson médian 7
- **Mortalité à J30 : 33,2%**

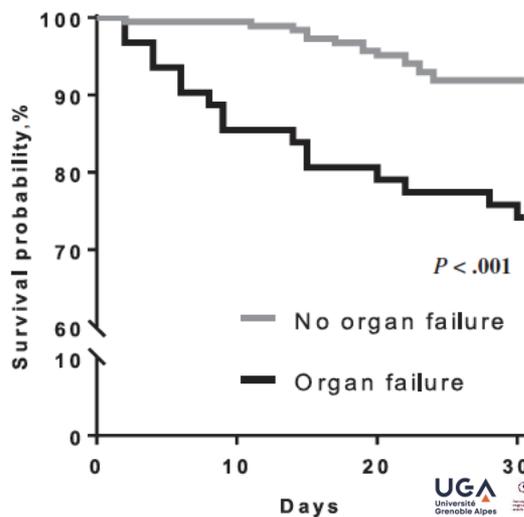


### Original Study

## Acute *Clostridioides difficile* Infection in Hospitalized Persons Aged 75 and Older: 30-Day Prognosis and Risk Factors for Mortality

Arnaud Caupenne MD<sup>a,\*</sup>, Pierre Ingrand MD, PhD<sup>b,c</sup>, Isabelle Ingrand PhD<sup>b,c</sup>, Emmanuel Forestier MD<sup>d</sup>, Claire Roubaud-Baudron MD, PhD<sup>e</sup>, Gaëtan Gavazzi MD, PhD<sup>f</sup>, Marc Paccalin MD, PhD<sup>a,c</sup>

- 247 patients 87 ans (+/- 5) (moy)
- 42.9 % avec exposition ATB (SEULEMENT !!!)
- 25% avec signe de gravité
- CIRS-G : 16.6 ((+/- 6)
- **Mortalité à J30 : 28.4%**



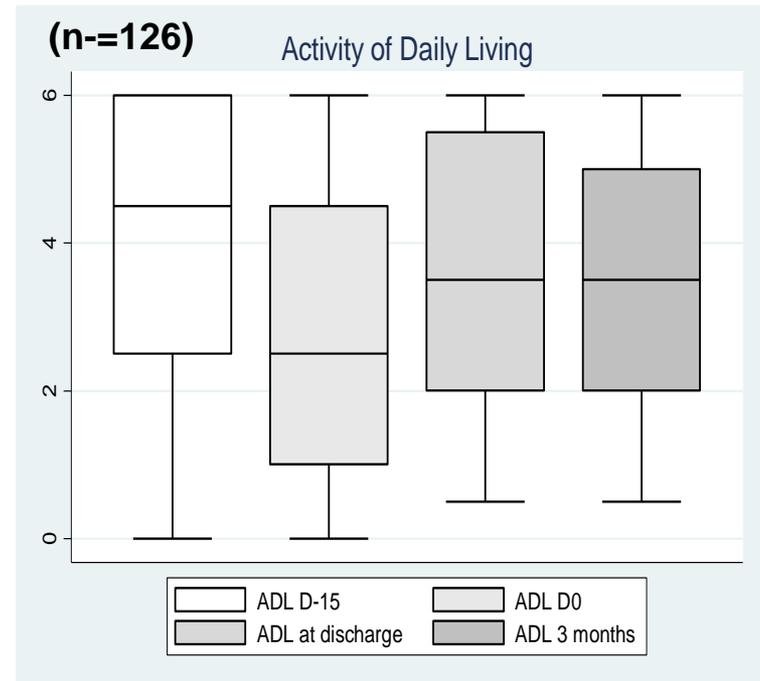
Caupenne A JAMDA  
2020

# Colite à clostridioides difficile : ...et quand on survit = DEPENDANCE FONCTIONNELLE ?

**Résultats** : 34 centres, 247 cas , 151 en vie à 3 mois, 126 inclus avec une évaluation fonctionnelle après la sortie.

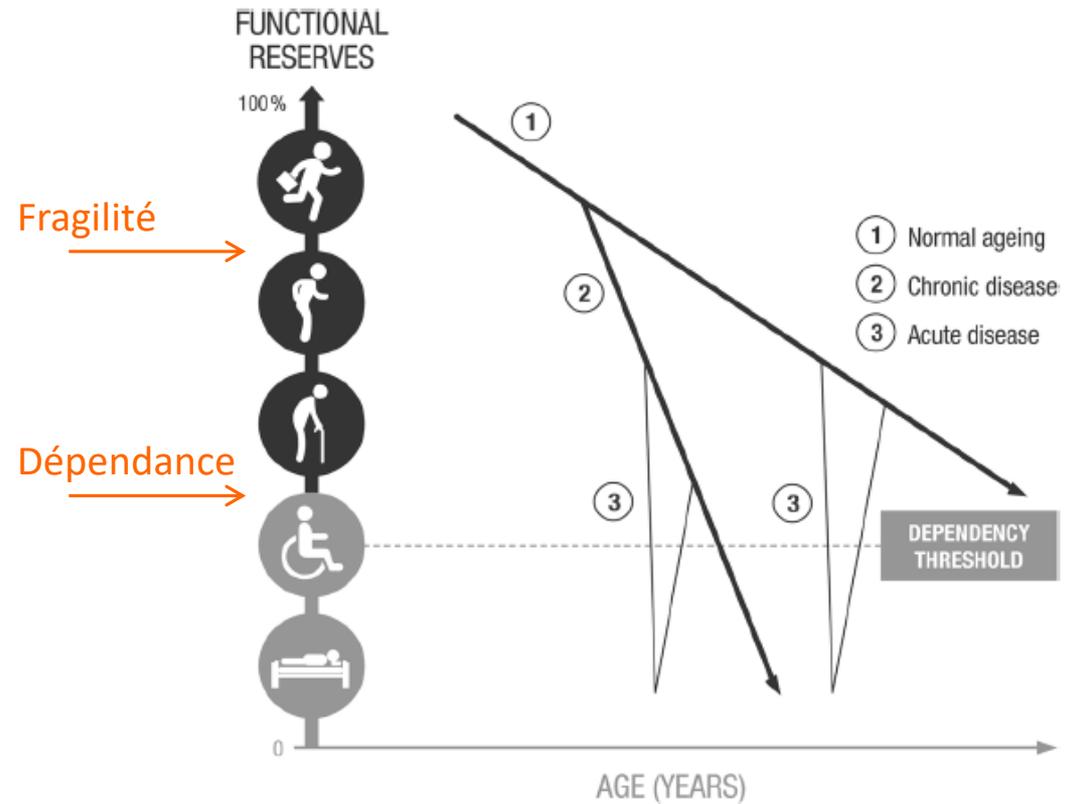
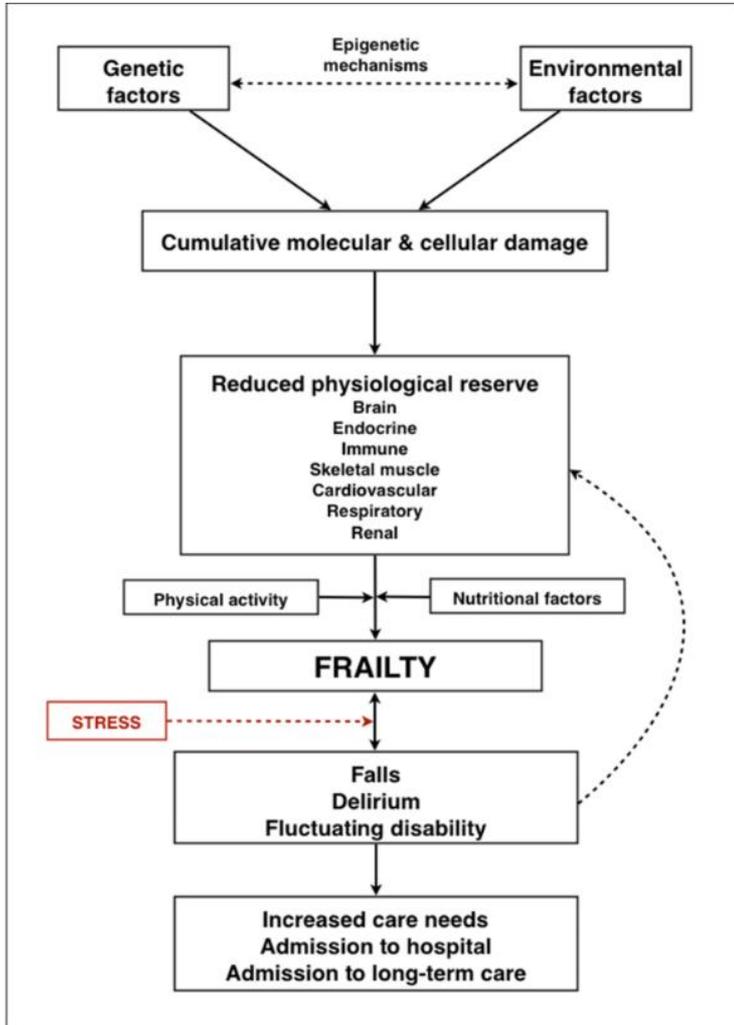
Characteristics	mean ± SD
Age, years	86.3 ± 5.3
Medications, number	7.6 ± 3.5
CIRS-G, score	11.8 ± 6.2
Albumin, g/L	28.3 ± 6.1
Duration of antibiotic therapy, days	11.5 ± 3.8
Length of stay, days	36.4 ± 38.7
Activity of Daily Living, score	
ADL-15, score	4.0 ± 1.9
ADL-10, score	2.7 ± 2.2
ADL at discharge, score	3.53 ± 1.9
ADL 3 months after discharged, score	3.56 ± 1.6
$\Delta_{ADL-10 - ADL-15}$ between -15 and 10 <sup>a</sup>	-1.4 ± 1.6
$\Delta_{ADL discharge - ADL-10}$ between 10 and discharge <sup>a</sup>	0.8 ± 1.5
$\Delta_{ADL discharge - ADL-15}$ between -15 and discharge <sup>b</sup>	-0.5 ± 1.6

Apparition ou aggravation de la dépendance fonctionnelle (ADL)  
= 53%



Caupenne A JAMDA 2020 , et Parent T Unpublished data from CLODI study (EUGMS 2019)

# Les décompensations / fragilité



Bouchon JP. Rev Prat 1984  
Clegg A, et Al. Lancet 2013

Herpes zoster consortium Gavazzi G *Aging Clin Exp Res* 2016

# La personne âgée

## Complications inattendues

### Multiples pathologies en cascade

#### Iatrogénie

Infection nosocomiale

Traumatologie intra hospitalière / Chutes

Immobilisation / Escarre

Syndrome confusionnel / Désafférentation / Troubles du comportement

Décompensation de pathologies chroniques (connues ou inconnues)

=

Dépendance fonctionnelle

=

**↗↗ DMS et problèmes sociaux sur la sortie**

# Les IPP : déprescrire

## Principes ?

- Ne pas recevoir un ttt sans un diagnostic précis
- Éviter de recevoir des médicaments dont le niveau d'efficacité n'est pas clairement démontré
- Comprendre le rapport bénéfice (objectif) / risque
- Se faire expliquer les priorités thérapeutiques. **Réévaluer de façon annuelle.**
  - Médicament actif mais le diagnostic est faux
  - Le diagnostic est bon mais le médicament inutile
  - Le diagnostic était bon, le médicament a été utile mais l'indication a disparu
  - Vouloir aller trop vite...
  - Vouloir tout corriger....
  - Prendre des associations de malfaiteurs... (AOD-AAP-et....)

# Les IPP : déprescrire ?

- NE PAS DÉPRESCRIRE quand l'indication est démontrée (AMM)
- DEPRESCRIRE quand il n'y a aucune indication... (pas de pathologie digestive active)
- DISCUTER quand l'indication est discutable :
  - prévention récidive (avoir 1 FDR en plus chez sujet âgé)
  - prévention primaire (trouver 3 FDR) (effets indésirables attendus ou survenus)
    - APPRÉCIER la capacité à l'adhésion thérapeutique
    - TRAVAILLER avec les pharmaciens et référents communautaires
    - RÉÉVALUER -ACCOMPAGNER

# En guise de conclusion : une personne de > 75 ans

- 1 risque sur 8-10 d'effets indésirables / interaction
- 1 risque sur 3 d'avoir un médicament inapproprié
- 1 risque sur 2 de non-compliance

## Pour les IPP :

- garder à l'esprit que les IPP sont au long cours associés à de nombreux EI surtout chez des patients polymédiqués ;
- les risques d'interaction sont mal connus et pas assez étudiés.

Replacer ces traitements dans une vision globale (qualité de vie)  
**HIERARCHISATION**  
de la prescription chez les patients polypathologiques

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS



## 4. CRAINTE DES PRESCRIPTEURS : LE RISQUE MÉDICO-LÉGAL. LEQUEL ?

# Risque médico-légal

Exemple : arrêt IPP chez un patient sous monothérapie AAP sans ATCD GD, et sans RGO

1. La preuve : pas de risque d'après l'étude Compass
2. Les recommandations officielles de la HAS + ESC = IPP non indiqués
3. MAIS risque d'infection intestinale avec ses conséquences = connues et démontrées



4. Prescriptions non autorisée par le Code de santé publique

Article L5121-12-1-2 du Code de la santé publique :

Hors AMM = OK si conformes au « *regard des connaissances médicales avérées* » (en dehors des accès compassionnels ou autres accès précoces)

Code de déontologie : article 8 (liberté de prescription, sécurité et qualité des soins), 32 ( « données acquises de la science »), et 40 (risque injustifié).

**Conclusion : en cas de non indication avérée, le risque est de poursuivre les IPP et non de les stopper**

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS



## 5. CONCLUSION

*« Ce n'est pas un art de peu d'importance  
que de prescrire correctement des  
médicaments, mais c'est un art d'une bien  
plus grande difficulté que de savoir les  
arrêter ou ne pas les prescrire »*

*Dr Philippe Pinel (1745 - 1826)*



**l'Assurance  
Maladie**

Auvergne-Rhône-Alpes

**IRAPS**

Instance Régionale d'Amélioration  
de la Pertinence des Soins



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



Agence Régionale de Santé  
Auvergne-Rhône-Alpes

**Merci pour votre attention**

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS

« Regards croisés autour de la pertinence »

**Mercredi 23 novembre 2022**

*Espascaf – Lyon Part-Dieu*

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS

## TABLE RONDE

**Me BENZAKEN (IRAPS PACA)**

**Pr RODE (faculté Lyon Est)**

**Pr MICHEL (IRAPS AURA)**



Auvergne-Rhône-Alpes

**IRAPS**  
Instance Régionale d'Amélioration  
de la Pertinence des Soins



# SEMINAIRE REGIONAL SUR LA PERTINENCE DES SOINS

## Enjeu de l'enseignement médical

Gilles RODE

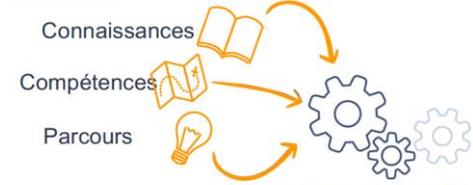
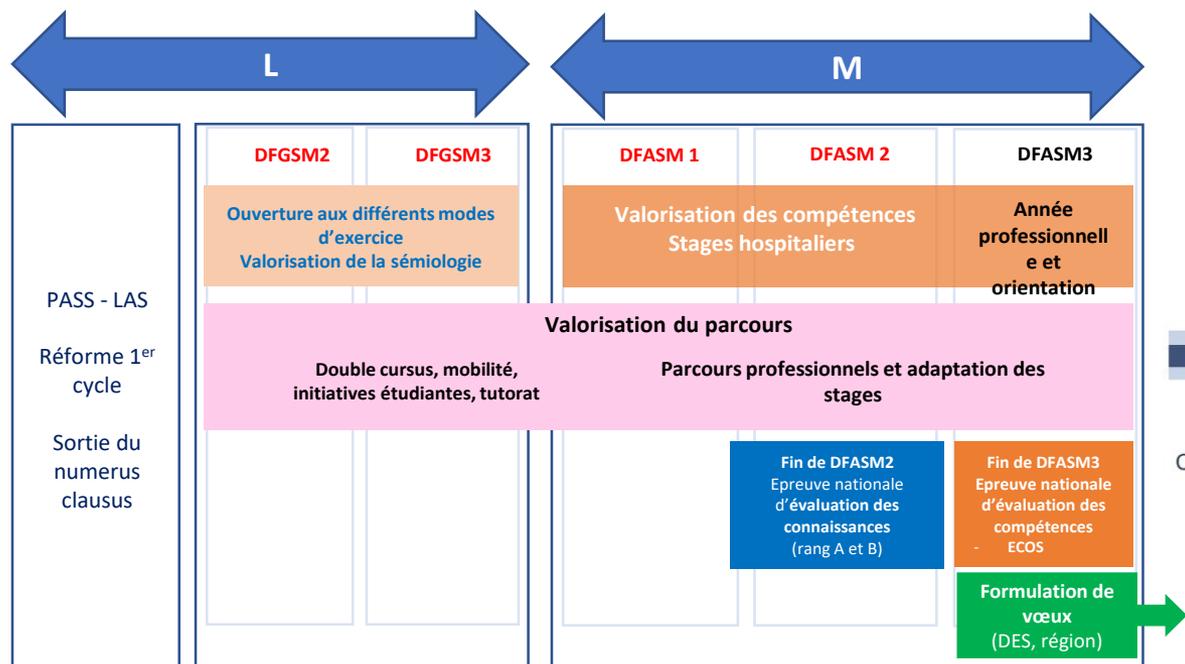
Mercredi 23 novembre 2022



pour une médecine sobre

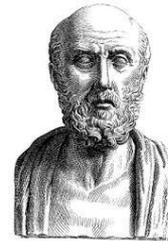
# La réforme du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales R2C

1. Réduction et hiérarchisation des connaissances
2. Formation à la compétence
3. Valorisation du parcours
4. Processus d'affectation différent en 3<sup>ème</sup> cycle



## MATCHING

Système d'affectation à l'entrée du troisième cycle.



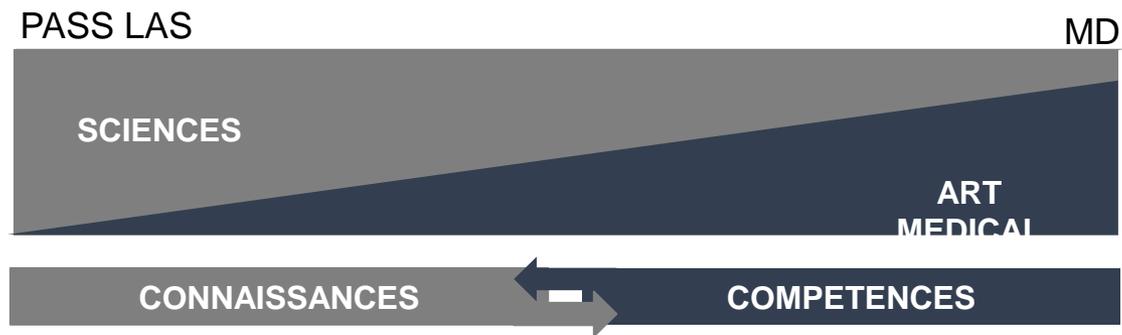
SCIENCES

ART MEDICAL

Physiques, chimie, mathématique  
Biologie - génétique  
Immunologie  
Technologies de l'information  
Numérique - IA  
Généralisation  
Vérité – certitude

L'écoute - la clinique  
Raisonnement clinique  
Décision  
Complexité  
Représentation  
Singularité  
Réalité – incertitude

# L'ENSEIGNEMENT MEDICAL



## VALEURS



## PERTINENCE

Qualité de ce qui est adapté exactement à l'objet dont il s'agit.

Le bien-fondé

«Qualité de ce qui est approprié à son objet» (Montaigne, *Essais*, I, 26, 1580 éd. P. Villey –V. L. Saulnier, p.154)

Qualité de celui ou de ce qui fait preuve de bon sens, d'à-propos, de justesse.

## PERTINENCE DES SOINS, DES ACTES, DES DECISIONS

## TROIS ACTEURS DE LA PERTINENCE





## SYSTEME DE SANTE

Le système de santé privilégie la production d'actes (T2A)

Les actes sont plus valorisés que la pertinence des décisions

Valorisation insuffisante du temps médical consacré à la décision partagée  
(RCP, discussion de dossier entre médecins)

Sur-prescription d'actes non justifiés

Rapport de l'Académie de Médecine (R. Mornex 8 avril 2013)

Rapport de la Fédération Hospitalière de France (FHF) novembre 2017

Programme international '*Choosing wisely*' (USA, Canada)

Question de la valeur, de la pertinence du système de santé





PATIENT

Une attente légitime de qualité et de sécurité

Insatisfaction envers les médecins ne prenant plus le temps d'examiner

Demande accrue d'examens complémentaires

Soucieux de la justification, de la pertinence de ceux-ci

Volontiers redondantes pour les troubles fonctionnels

Attente forte d'un dialogue

Implication dans l'enseignement (savoir expérientiel)



## ETUDIANT

Non maîtrise de l'examen clinique

Affirmation de sa normalité ou non

Maîtrise de l'analyse du symptôme (organique ou fonctionnel)

Conduit à une insuffisance du raisonnement clinique

Insécurité clinique

conduit à des décisions non pertinentes

Sur-prescription

Risque médico-légal

Enseignement construit sur des certitudes (QCM, ECNi)



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
 www.em-consulte.com



## VIE DE L'ACADÉMIE

### La pertinence des actes médicaux\*

#### Towards relevant health care practices

##### MOTS CLÉS

Pertinence des soins ;  
 Qualité des soins ;  
 Coûts de santé ;  
 Législation ;  
 Réglementation ;  
 Santé publique

**Résumé** Défini comme « médecine sobre », le concept de pertinence des actes médicaux, progressivement structuré depuis 1977, constitue dorénavant un corpus opérationnel prioritaire. Il préconise une médecine exactement appropriée au but recherché, fondée sur la qualité, la justesse et la sécurité des décisions d'investigations et de soins en fonction des preuves scientifiques disponibles et du contexte de la personne. La pertinence se fonde sur les acquis de la médecine par les preuves. En fonction des pathologies et selon les cas, elle peut bénéficier de l'adaptation des parcours de soins, de la multidisciplinarité et de la contribution de centres de référence. Visant à réduire la sur-consommation et la « dys-consommation » médicales, elle doit aussi dénoncer la « sous-consommation » médicale. La pertinence intègre les recommandations et référentiels proposés par les sociétés savantes nationales et internationales et par l'HAS. Pour sa part, l'Assurance maladie élabore des parcours de soins et des messages de pertinence. C'est un devoir professionnel d'en prendre connaissance. L'efficacité de la pertinence doit être évaluée sur le plan médicoéconomique et celui de la satisfaction des patients. Le concept de pertinence est maintenant pris en compte, d'une part, à l'échelon des pouvoirs publics, d'autre part, à celui des enseignants (doyens des facultés de médecine) et des étudiants. L'un des axes de la « stratégie nationale de santé 2018–2022 » vise à « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé » ce qui implique des mesures de financements, d'organisation et de régulation. De son côté, l'université travaille à décliner et à inscrire le concept de pertinence dans chacun des trois cycles de formation de futurs médecins. Cet objectif est d'autant plus important qu'en fine, « toute décision médicale est singulière », et le restera, malgré le développement inévitable des outils algorithmiques et de l'intelligence artificielle.

##### KEYWORDS

Quality of care ;  
 Health care costs ;  
 Relevance of medical  
 procedures ;  
 Health policy ;  
 Legislation ;  
 Regulation ;  
 Public health

**Summary** The concept of reasonable, "pertinent", or "sober" medicine has been developed since 1977. It is now defined as a medical investigation and therapeutic strategy specifically targeted, based on quality, accuracy and safety, according to the best current medical knowledge and adapted to the given patient and his/her environment. High quality medical pertinence requires basic and clinical expertise as well as input from guidelines and recommendations from expert learned bodies. It refers to the evidence based medicine achievements. But appropriate health care organization is also needed, including multidisciplinary collaboration and access to reference centres. Although not the only one, the objective is also to contain medical care costs in order to maintain the sustainability of the health system. It is mandatory to evaluate the efficiency of the medical pertinence through specific programs. On the one hand, public authorities should encourage and take action through legislative and regulatory measures in order to help the promotion and development of the relevance of medical procedures. On

\* Actes du colloque du 3 décembre 2018 à la faculté de médecine de Lyon : « Pertinence des actes médicaux ».

## Vie de l'Académie

the other hand, medical teaching as well as training should integrate the global objectives and conditions for pertinent medicine very early, and all along, in the course. However, medical decision will remain an individual responsibility, even in the changing environment of algorithms and artificial intelligence.

### Éditorial

#### René Mornex

Depuis un peu plus d'un an, mes espaces de réflexion ont été obnubilés par ce colloque qui se résume en une trentaine de pages, ce qui, pourtant, va au plus profond du mystère analytique : qu'est-ce que la médecine ?

Je remercie du fond du cœur tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail auquel il ne manque que les aspects économiques négatifs d'une seule partie des acteurs. Cela a été délibéré au départ, car nous savions que nous disposions d'un temps trop court pour aborder saine-ment les aspects économiques qui sont pour certains d'ordre moral et pour d'autres d'ordre vital.

Je pense qu'à partir de maintenant le mot pertinence avec tous les aspects qui en ont été développés sera immuable dans toute définition de la médecine. Il sera nécessaire de le placer au niveau le plus intime des réflexions des acteurs et du jugement de ceux qui les observent.

De même, il devra être une des pièces maîtresses qui animera la brassée de devoirs qui incombent à chacun des pédagogues qui, du premier jour de la présence des étudiants en médecine, a un devoir fondamental : transmettre.

J'ai, en tout cas, retenu que le terme de pertinence est engagé au premier plan et avec toutes les nuances que l'on peut utiliser. Il est vraiment présent.

Il est apparu que l'analyse la plus poussée de l'armature des textes officiels publiés suffit à le mettre en œuvre et ceci immédiatement.

C'est donc la première remarque que je fais, la deuxième s'adresse aux jeunes étudiants en médecine. Ils me paraissent assez mûrs et motivés pour incliner leur esprit à naviguer en permanence avec cette dualité qui est constante : choisir rationnellement des solutions et simultanément les ajuster à l'humanité.

C'est dire qu'en conclusion, je ne déduirai pas de recommandations figées qui sont, certes, essentielles, mais qui doivent être adaptées à l'individu. C'est donc dans cet esprit que je propose de conclure sur la seule nécessité de mettre la pertinence dès le premier jour de l'entrée en médecine jusqu'au terme de la vie.

#### Programme du colloque du lundi 3 décembre 2018

Lieu : faculté de médecine Lyon-Est — site de Laënnec — Amphithéâtre A.

Comité d'organisation : Martine Mornex, René Mornex, Gilles Rode, Yves Matillon, Jacques Orgiazzi, Bernard Guiraud-Chaumeil, Daniel Couturier.

Comité scientifique : René Mornex, Gilles Rode, Jacques Orgiazzi, Lionel Collet, Yves Matillon.

9h30	Introduction : président : Pr Bernard Guiraud-Chaumeil, ancien président de la conférence des doyens
9h35	La pertinence des actes médicaux 1977–2018 Professeur René Mornex, Académie nationale de médecine
9h45	Table ronde I — La perception de la pertinence Président : Pr Yves Matillon — Lyon Modérateur : Pr Jacques Orgiazzi — Lyon, ancien président du CCM de la faculté Lyon-Sud • Académie nationale de médecine : Pr Daniel Couturier, secrétaire perpétuel • Conférence des doyens des facultés de médecine : Pr J. Sibilia, président de la conférence des doyens • Caisse nationale d'assurance maladie : Pr Olivier Lyon-Caen, Médecin conseil national • Haute Autorité en santé : madame Dominique Le Gulluduc, présidente • Fédération hospitalière de France : Dr Jean-Marc Faucheu, président de la commission permanente « Qualité/Pertinence » • Conseil national de l'ordre : Dr Jean-Marcel Mourgues, président de la section Santé publique • Fédération hospitalière privée : Dr Paul Garassus, président de la Fédération européenne des cliniques privées, point de vue d'un établissement de plus de 20 000 soignants : Pr Olivier Claris, président de la Commission médicale d'établissement, hospices civils de Lyon
12h00	Synthèse — Pr Jacques Orgiazzi
12h30	Déjeuner sur place
14h30	Table ronde II — La formation à la pertinence Présidente : Pr Carole Burillon, doyen de la faculté de médecine Lyon-Sud Charles Mérieux • Que doit dire le doyen aux étudiants entrant en médecine ? Pr Gilles Rode, doyen de la faculté de médecine Lyon-Est • La position des étudiants en médecine : Clara Bonnavin, présidente de l'ANEMF • Le deuxième cycle : Pr Marc Braun, doyen de la faculté de médecine de Nancy • L'expérience des étudiants : Camille Bac et Nicolas Martinet, étudiants de la faculté de médecine Lyon-Est • L'enjeu du troisième cycle : Pr Pierre Cochat, président du Comité de coordination des études médicales — Lyon
16h30	Conclusion président Claude Huriot, sénateur honoraire Synthèse générale Pr René Mornex, Académie nationale de médecine — Pr Lionel Collet, conseiller d'État

## DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

### *QRM à contexte riche*

Une vignette clinique nécessaire à l'établissement du diagnostic. Elle peut comporter des données biologiques et/ou d'imagerie, du son, de la vidéo.

Une question et à 5 options de réponses, dont une seule (la plus pertinente) est acceptée (*one best answer*)

Tous les domaines peuvent être balayés, y compris la LCA et l'éthique.

## KEY-FEATURES PROBLEMS (KFP)

- Il focalise sur les points-clé (*key-features*) des pathologies et du raisonnement.
- Il se compose d'une vignette clinique
- suivie de 2 ou 3 questions. (Mini DCP)

Ces questions sont centrées sur les points délicats pour les étudiants et ceux sur lesquels ils commettent habituellement des erreurs

- Introduire des questions axées sur la pertinence
- Chaque question correspond à un *key-feature*. utilisé pour l'évaluation terminale. (Canada, USA, Australie, Allemagne).

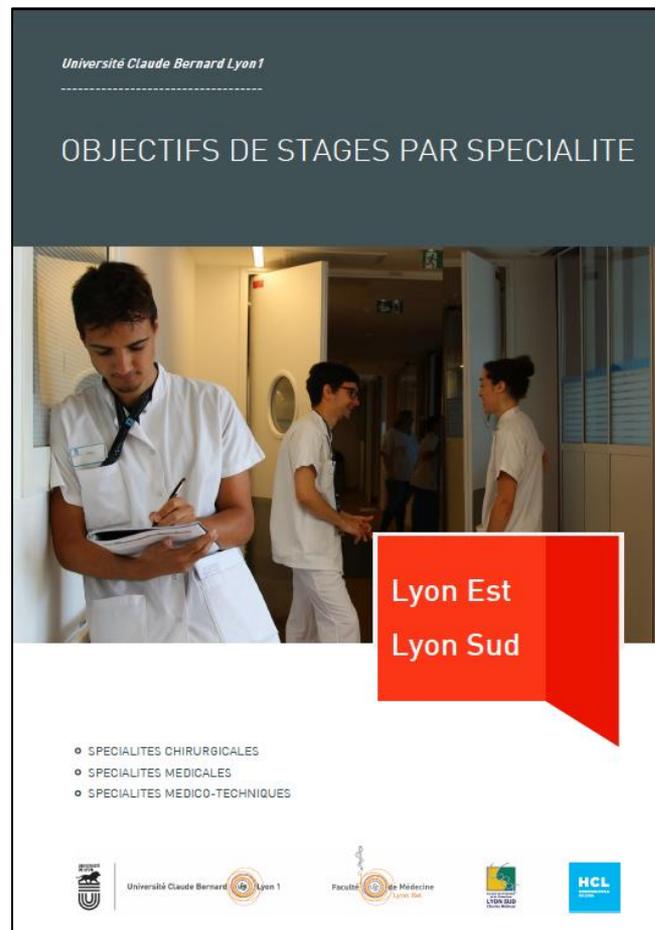
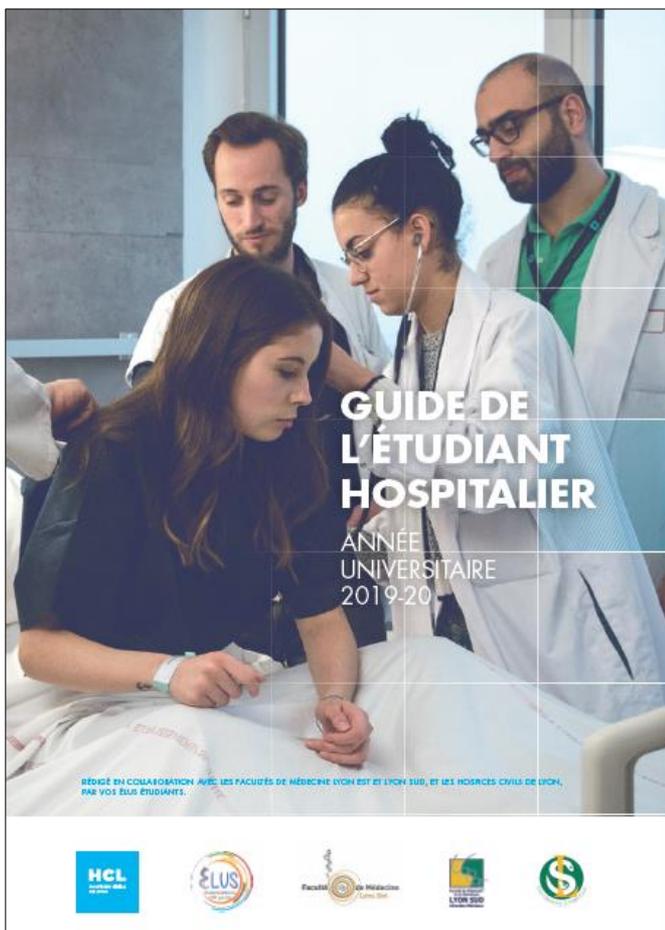
## DANS LE CADRE DE L'ACQUISITION DES COMPETENCES

Nouveaux objectifs de stages hospitaliers

centrés sur l'examen clinique et les compétences - sept 2019

ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré – mai 2020







Université Claude Bernard  
Lyon 1



## CARDIOLOGIE

**Objectifs communs à tous les stages :**

*Spécialités médicales, chirurgicales, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie*

**Savoir être**

- Communiquer avec le patient et son environnement / s'initier à la communication médicale
- Appréhender la relation médecin-patient et adapter son comportement en fonction
- Savoir s'intégrer dans une équipe médicale et paramédicale / se positionner au sein de l'équipe
- Acquérir les bases de la réflexion éthique autour du patient
- Respecter la confidentialité
- Acquérir les bases de la responsabilité médicale

**Objectifs de la spécialité :**

- Maîtriser la sémiologie clinique (interrogatoire et examen clinique) (DFGSM3 à DFASM3) :

Auto-évaluation par l'étudiant (l'étudiant est invité à discuter de son auto-évaluation avec ses encadrants)			
Sémiologie clinique	Pas d'acquisition	Acquisition partielle	Acquisition totale
Dyspnée (classification NYHA)			
Douleur thoracique (coronarienne/péricarditique)			
Malaise / syncope			
Palpitations			
Insuffisance cardiaque gauche et droite			
Mesure de la pression artérielle			
Souffle cardiaque			
Fréquence et régularité cardiaque (pouls)			
Pouls périphériques			
Souffle vasculaire (carotidien, fémoral, abdominal)			

Nouvelle grille
Ponctualité-assiduité
Présentation-tenue
Connaissances théoriques
Recueillir l'anamnèse d'un patient. Effectuer un examen physique ciblé
Résumer et présenter les conclusions d'un dossier
Compétence relationnelle avec les patients
Compétence relationnelle avec les soignants
Lire et interpréter des résultats d'analyses ou d'imagerie, dans le contexte clinique du patient
Gestes techniques de la spécialité du stage
<b>Entraînement aux ECOS</b>
A. Correctement réalisé par l'étudiant B. Imparfaitement réalisé par l'étudiant C. Non fait
<b>Entraînement à l'évaluation de la pertinence d'un acte, traitement, soin, prescription de laboratoire ou d'imagerie</b>
A. Correctement réalisé par l'étudiant B. Imparfaitement réalisé par l'étudiant C. Non fait

A. En adéquation avec le niveau d'étude  
B. Insuffisantes mais en progression au cours du stage  
C. Insuffisantes et sans progression au cours du stage

A. acquis  
B. imparfaitement acquis mais progression au cours du stage  
C. imparfaitement acquis sans progression au cours du stage  
X : ne s'applique pas

Université Claude Bernard Lyon1

OBJECTIFS DE STAGES PAR SPECIALITE



Lyon Est  
Lyon Sud

- SPECIALITES CHIRURGICALES
- SPECIALITES MEDICALES
- SPECIALITES MEDICO-TECHNIQUES



**ECOS: exemples de situation pouvant être proposés et à adapter au niveau d'étude.**

- Recueillir l'anamnèse d'un patient.
- Effectuer un examen physique ciblé.
- Recueillir l'anamnèse et effectuer un examen physique ciblé (tâches combinées).
- Résumer et présenter les conclusions d'un dossier à un collègue.
- Lire et interpréter des résultats d'analyses ou d'imagerie, liés à la situation d'un patient
- Commenter les prescriptions médicamenteuses d'un patient en lien avec son contexte médical
- Expliquer à un patient le geste technique ou l'intervention qui va lui être pratiqué.

**Pertinence: exemples de type d'évaluation pouvant être proposés, à adapter au niveau d'étude.**

- **Revue de pertinence**
- **Faire une présentation sur un examen complémentaire** plus ou moins spécifique de la spécialité et fréquemment "mal-utilisé".
- **Présentation d'une recommandation de stratégie thérapeutique** avec exemple concret retrouvé en stage
- **Faire une présentation sur une situation clinique** dont la prise en charge est fréquemment à l'origine de surconsommation d'acte
- **Rédiger une fiche de recommandation à l'attention des professionnels ou à l'attention des patients**
- **Rédiger des QCMs à réponse unique** autour d'une vignette clinique afin d'évaluer la capacité à sélectionner un seul examen (*one best answer*).

## DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré – juin 2024



# ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré

## Examen

Permet une évaluation fiable des compétences d'un candidat.

Mise en situation de l'étudiant

Utilisé dans de nombreux pays depuis les années 70

Implication possible de patients partenaires

## Clinique

Les tâches à effectuer correspondent à des situations cliniques réelles.

On évalue la capacité du candidat à appliquer ses connaissances et compétences cliniques

- Interrogatoire, examen clinique d'un patient orienté,
- prescription/analyse d'un examen complémentaire en relation avec des renseignements cliniques
- rédaction d'une ordonnance suite à un énoncé clinique
- exécution d'un geste d'intérêt diagnostique ou thérapeutique
- Formation/ éducation d'un patient
- Scénario sur la pertinence



## ECOS nationaux 2024

<b>SCORE DE COMPÉTENCES (exemple)</b>					
<b>Procédural</b>	<b>1</b>	<b>Urgence vitale</b>	<b>1</b>	<b>Entretien/interrogatoire</b>	<b>1,5</b>
<b>Éducation / prévention</b>	<b>2</b>	<b>Iconographie</b>	<b>1,2</b>	<b>Annonce</b>	<b>1</b>
<b>Stratégie pertinente</b>	<b>1</b>	<b>Examen clinique</b>	<b>1</b>	<b>Synthèse de résultats examen</b>	<b>1,3</b>
<b>Communication interprofessionnelle</b>	<b>1</b>				<b>9</b>

## LA PERTINENCE

Un état d'esprit partagé

Qualité de celui ou de ce qui fait preuve de bon sens, d'à-propos, de justesse.

Indissociable du développement de la culture éthique dans la formation médicale

L'éthique c'est bien faire

La formation au questionnement éthique de l'étudiant:

Que faut il faire pour bien faire?



Avis 140 CCNE pour les sciences de la vie et de la santé  
Repenser le système de soins sur un fondement éthique 2022.

# SÉMINAIRE RÉGIONAL PERTINENCE DES SOINS

## CONCLUSION

*Pr MICHEL (IRAPS AURA)*

**Mercredi 23 novembre 2022**

*Espascaf – Lyon Part-Dieu*



**l'Assurance  
Maladie**

Auvergne-Rhône-Alpes

**IRAPS**

Instance Régionale d'Amélioration  
de la Pertinence des Soins



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



Agence Régionale de Santé  
Auvergne-Rhône-Alpes

**Merci pour votre attention**