



Stratégies de bon usage des anti-infectieux: rôle des centres régionaux en antibiothérapie (CRAtb) et des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA)

Dr Claudia CARVALHO – Dr Mary LEBLEU

Journée régionale des référents en antibiothérapie - 20 novembre 2024

Ordre du jour

- I. Pourquoi parler de bon usage
- II. Stratégie nationale pour le bon usage
- III. Mise en place des CRAtb
- IV. Mise en place des EMA
- V. Etat des lieux national et régional en médecine de ville
- VI. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie du BUA : articulation CPTS, EMA, Cratb

I. Pourquoi parler de bon usage ?

THE LANCET

Sep 28, 2024

Volume 404, Number 10459, p1171-1278

Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050

GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators*



I. Pourquoi parler de bon usage ?

Rétrospective période 1990 – 2021

30 ans de données dans 204 pays
Sites hospitaliers ou centres de soins
22 agents pathogènes suivis

Projection jusque 2050

3 scénarios possibles

- Conservation circonstances actuelles
- Amélioration de la prise en charge des patients
- Arrivée de nouveaux antibiotiques

2021: 4,7 millions décès associés à la résistance aux antibiotiques

90-2021:

- Diminution de 50% décès liés aux bactéries résistantes chez < 5 ans (prévention)
- Augmentation de plus de 80% chez les plus de 70 ans

Si statu quo:

- 8 millions de décès associés à l'antibiorésistance en 2050 (x2)

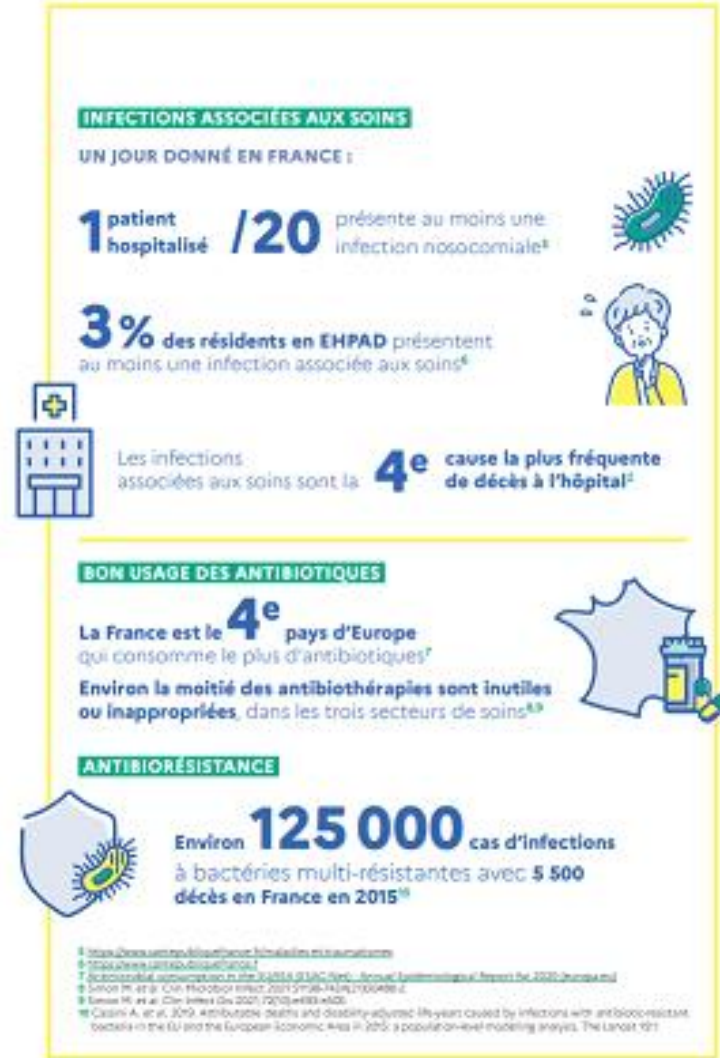
Scénario meilleure prise en charge:

- 92 millions de morts pourraient être évités

II. Stratégie nationale pour le BUA

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

- Prévenir les infections courantes (gestes quotidien, vaccination)
- Réduire le risque d'infections associées aux soins
- Préserver l'efficacité des antibiotiques



II. Stratégie nationale pour le BUA

Feuille de route interministérielle 2024 - 2034

Prévention et réduction de
l'antibiorésistance, lutte contre la
résistance aux antimicrobiens



Antibiotiques
Antiviraux
Antifongiques
Antiparasitaires

Septembre 2024

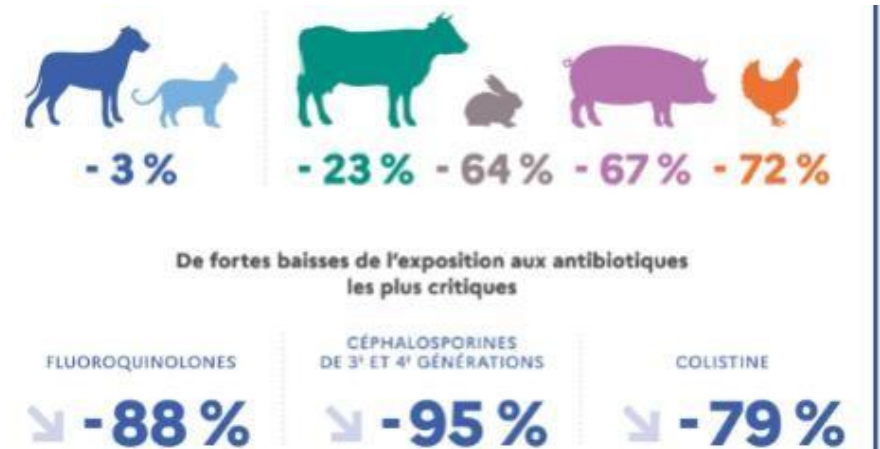


- 1^{er} objectif stratégique : Sensibiliser à l'antibiorésistance.....
- 2^e objectif stratégique : Surveillance et recherche.....
- 3^e objectif stratégique : Réduire l'incidence des infections.....
- 4^e objectif stratégique : Optimiser l'utilisation des antibiotiques.....
- 3^e et 4^e objectifs stratégiques : Actions ciblant à la fois Prévention et contrôle des infections (PCI) et Bon usage des antibiotiques (BUA).....
- 5^e objectif stratégique : Favoriser l'innovation (nouveaux antibiotiques, diagnostics, vaccins, alternatives aux antibiotiques et autres interventions) et maintenir l'accès aux antibiotiques existants.....
- 6^e objectif stratégique : Affirmer et défendre les positions des autorités françaises au niveau européen et international.....

II. Stratégie nationale pour le BUA



Evolution de
l'exposition
depuis 2011



(données ANSES – rapport annuel 2022)

II. Stratégie nationale pour le BUA



III. Mise en place des CRAtb



- ❖ **Sous-groupes de travail** : Indicateurs, EMA, Antibiogramme ciblé
- ❖ **Formations** :
 - Journée Régionale des Référents en Antibiothérapie : 20 novembre 2024
 - Webinaire (infections urinaires) : 27 novembre 2024
- ❖ **Stands** (grand public) : semaine 18 novembre 2024
- ❖ **Service sanitaire** : semaine 18 novembre 2024

III. Mise en place des CRAtb

Actions prioritaires : objectifs pour 2025

- ❖ A partir de la feuille de route nationale, définir 2 à 4 axes de travail :
 - Poursuivre les 3 sous-groupes de travail : indicateurs, EMA, Antibiogrammes ciblés.
 - Reprise CRAI
 - TROD
 - EHPAD
 - One Health

- ❖ Lancement de la première journée régionale d'antibiothérapie en médecine de ville (printemps 2025)

- ❖ Deuxième journée régionale des référents en antibiothérapie (novembre 2025)

- ❖ Webinaires pluriprofessionnels (pharmaciens, dentistes, sages-femmes, infirmiers.....)

III. Mise en place des CRAtb

Commission régionale des anti infectieux

❖ 1999 – 2019 :

- Création pluridisciplinaire outils libres accès en région (recommandations, fiches bon usage, évaluation pratiques professionnelles, évaluation nouveaux produits...)
- Harmonisation régionale des pratiques, partage et retour expérience
- Journées régionales de formation

❖ Réseau dynamique

- Objectif remise en place 2025
- Co-coordination avec OMEDIT



IV. Mise en place des EMA

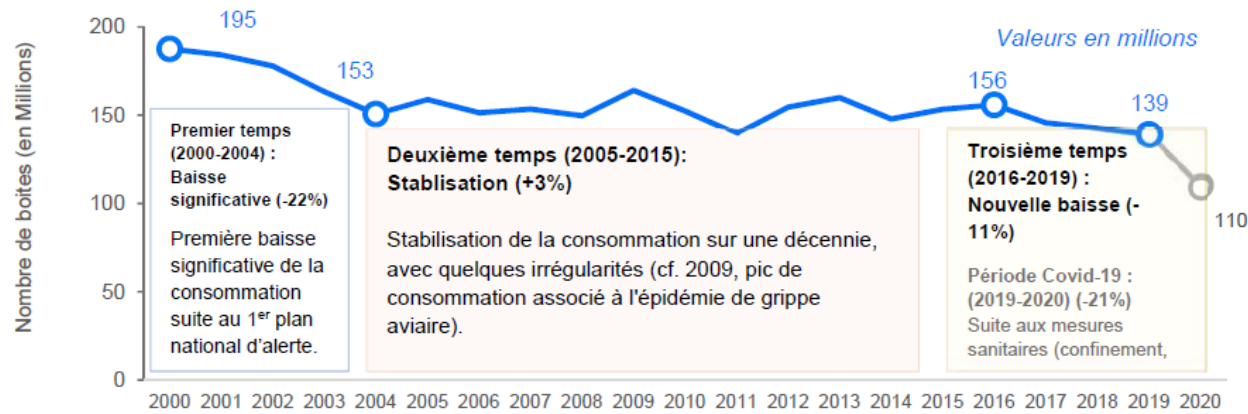
EMA (équipe avec infectiologue, MG, microbiologiste, pharmacien, IDE)

- Equipes multidisciplinaires en antibiothérapie
- Mission clinique (visites certains services, hémocultures positives, alertes antibiothérapie prolongée, avis téléphoniques...)
- Mission stratégique (plan action / bon usage, formation, bilan activité)
- Synergie avec EOH
- Missions sur établissement support, GHT et ville

V. Etat des lieux national et régional en médecine de ville

Consommation d'antibiotiques en ville (DDJ/1000hab/j)

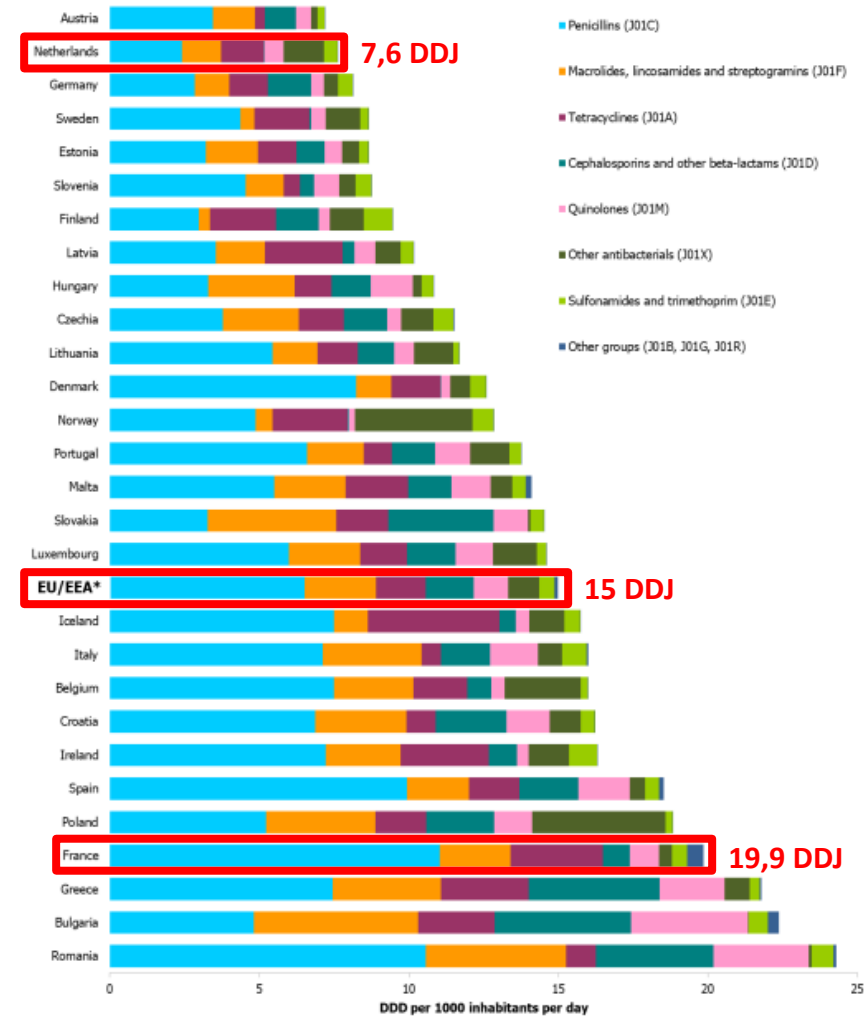
FIGURE 2 | ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES (EN NOMBRE DE BOITES) EN FRANCE ENTRE 2000 ET 2020



Source : ANSM

Champ : France, Secteur Officiel et Hospitalier

Source : 7eRapport EPI PHARE/ANSM –juillet 2023

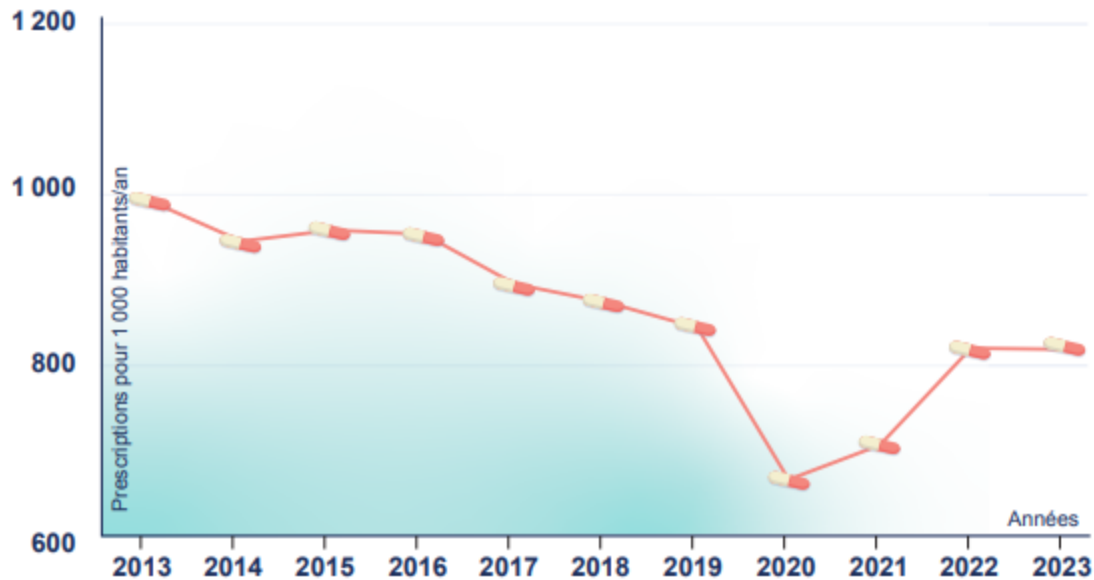


ECDC, 2021

V. Etat des lieux national et régional en médecine de ville

Données GEODES

Prescriptions d'antibiotiques de 2013 à 2023 pour 1 000 habitants et par an



Sources : Données SNDS. Analyse Santé publique France

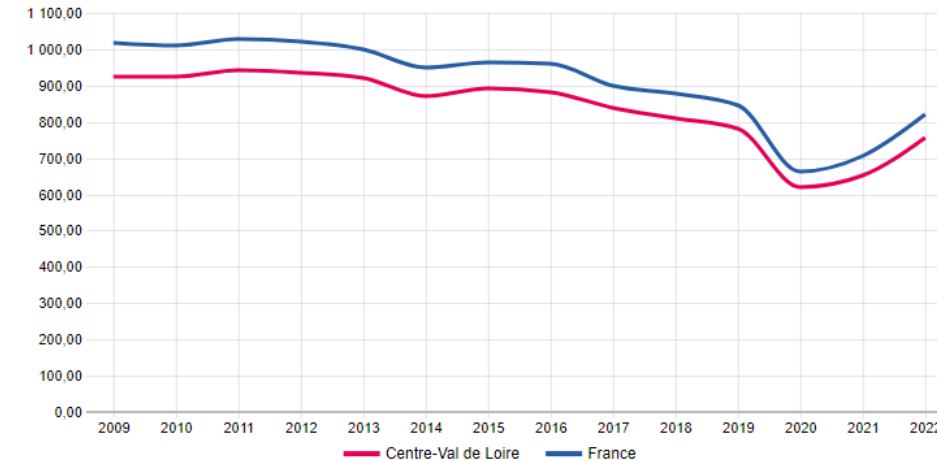
Diminution de 1,3% en 2023 par rapport à 2022 pour les généralistes
VS augmentation de 4,6% pour les médecins spécialistes et de 1,4% pour les dentistes.

Nombre de prescriptions de tous les antibiotiques à usages systémiques – tous âges:

Chiffres-clés 2022

France : **822,03**
Prescriptions/1000
hab./an

Centre-Val de Loire :
755,60 Prescriptions
hab./an



650
prescriptions/1000
hab./an d'ici 2025

V. Etat des lieux national et régional en médecine de ville

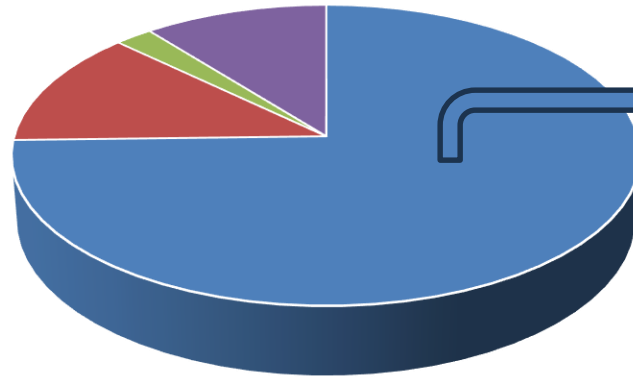


92% des antibiotiques ont été délivrés en ville en 2020.

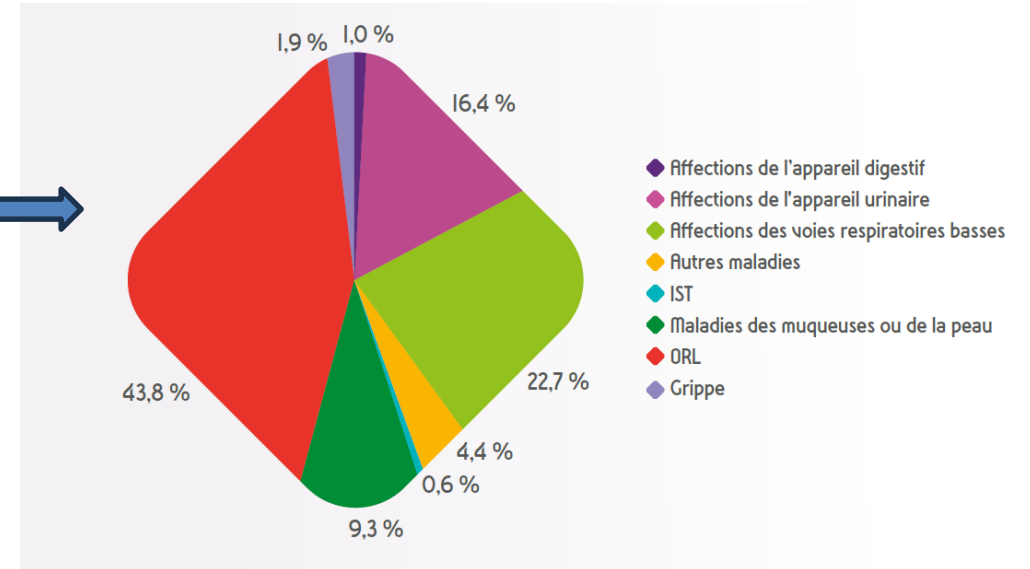


8% des antibiotiques ont été utilisés chez des patients hospitalisés en établissements de santé en 2020.

Prescripteurs



■ MG ■ Dentistes ■ Pédiatres ■ Autres spé

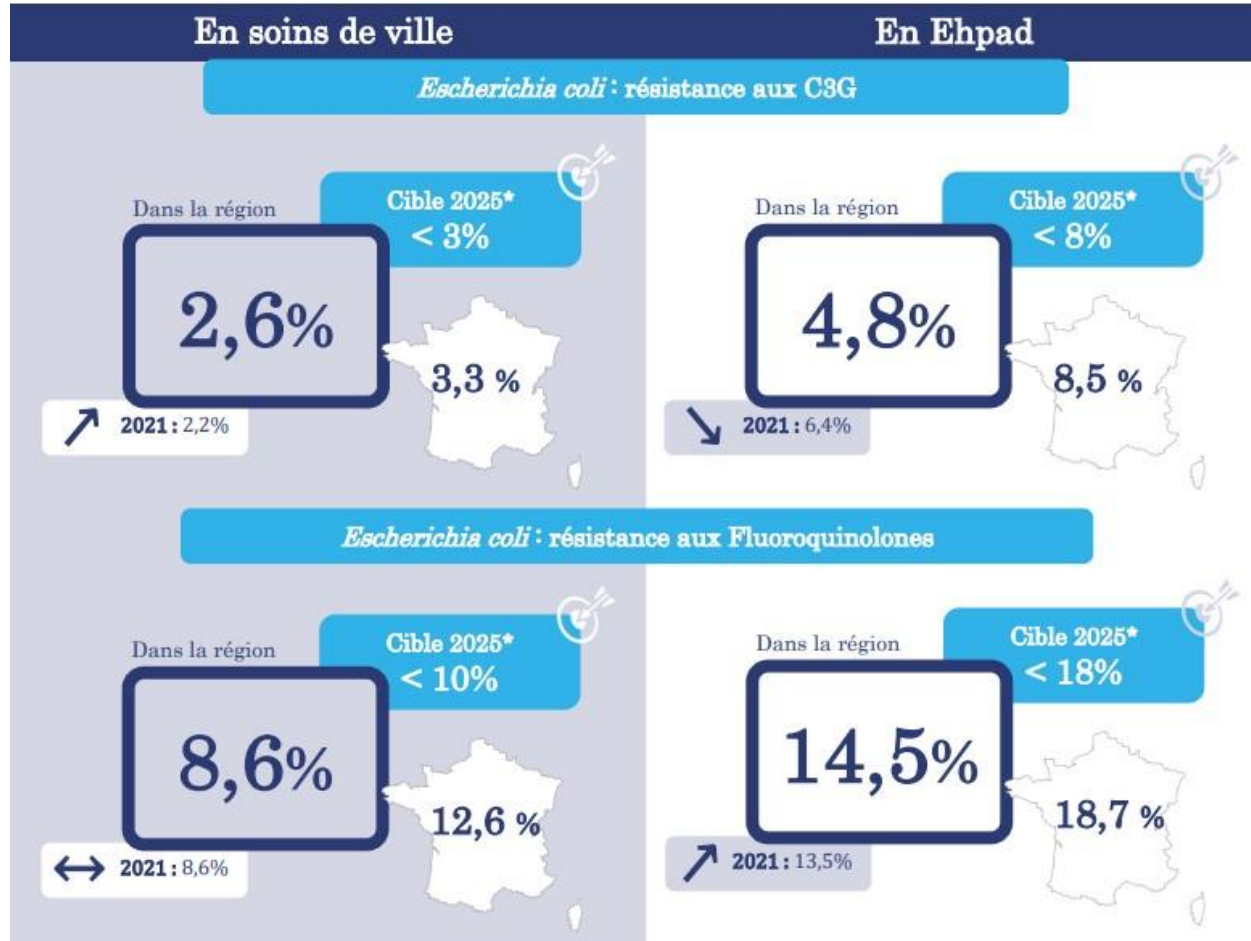


- Affections de l'appareil digestif
- Affections de l'appareil urinaire
- Affections des voies respiratoires basses
- Autres maladies
- IST
- Maladies des muqueuses ou de la peau
- ORL
- Grippe

V. Etat des lieux national et régional en médecine de ville

Données PRIMO

3%



6,5%

9,2%

13,1%

V. Etat des lieux national et régional en médecine de ville

Données PRIMO

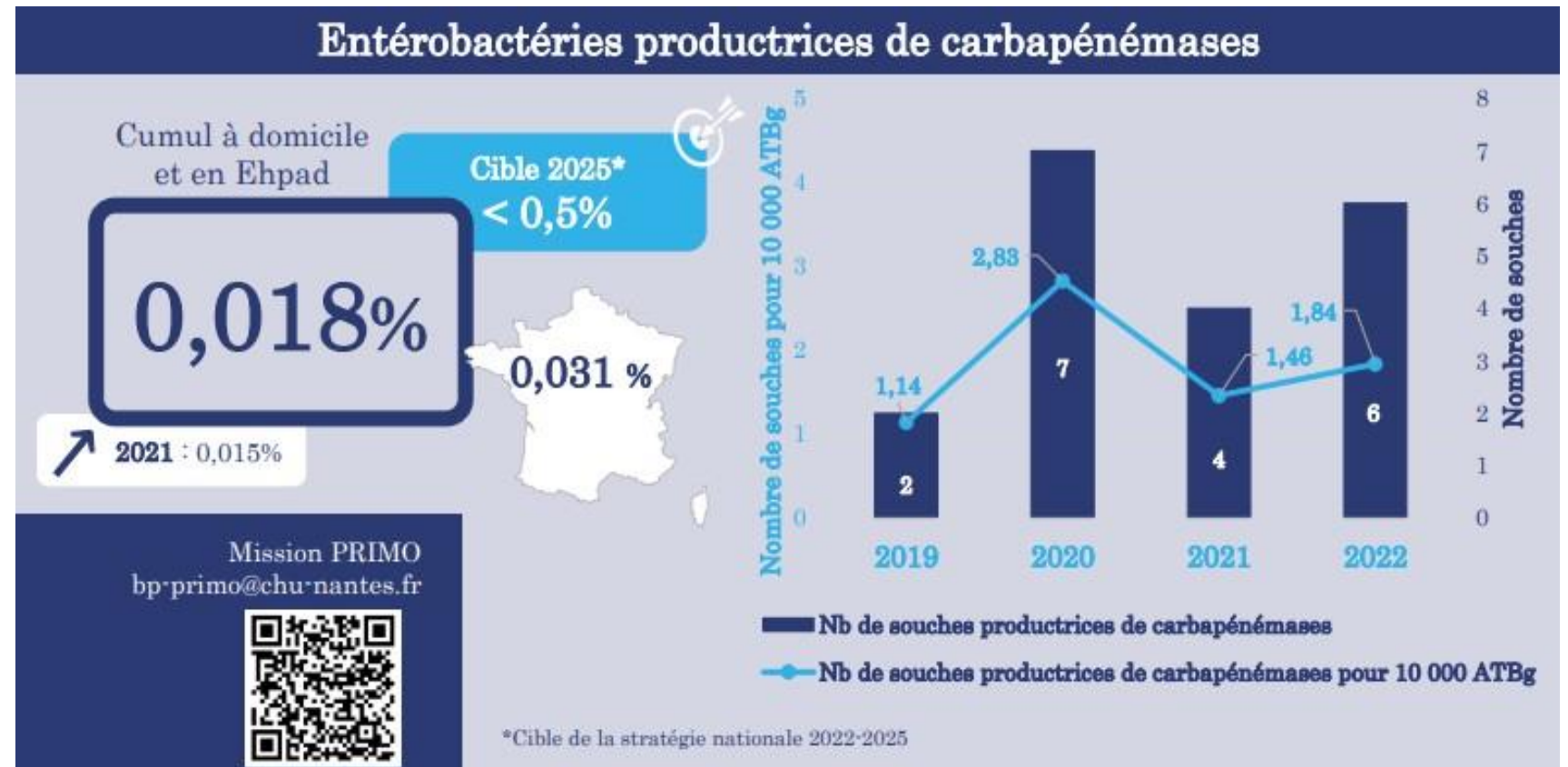
E. coli :

À domicile n=3 soit **0,11%**
Vs n=5 soit 0,17% en 2022

K. pneumoniae :

À domicile n=5 soit **0,18%**
Vs n=1 soit 0,04% en 2022

Aucune souche en EHPAD.



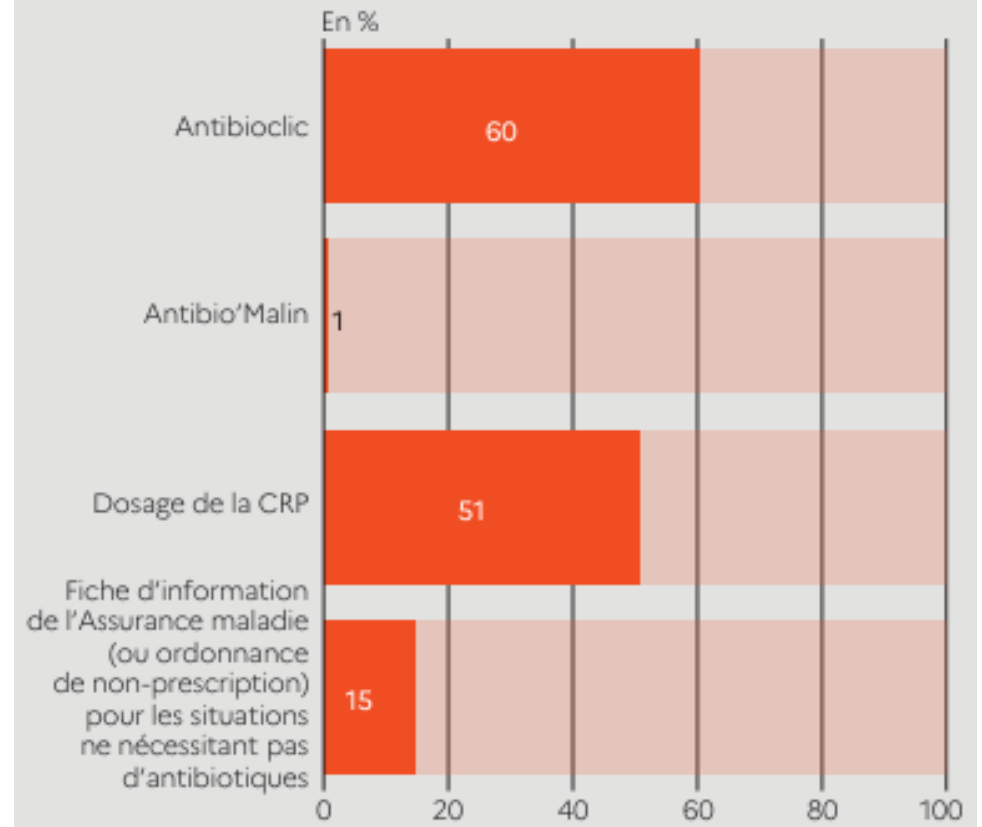
VI. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie du BUA : CPTS, EMA, Cratb

Les spécificités de la médecine de ville

Enquête de 2021 de la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire auprès de 1550 / 3300 médecins généralistes libéraux installés depuis au moins 3 ans:

- 95% des médecins estiment avoir un rôle à jouer contre la résistance aux antibiotiques
- 43 % indique qu'il lui arrive de prescrire un antibiotique à des patients qui n'en ont peut-être pas besoin
- 82 % des médecins généralistes expriment également des difficultés à refuser de prescrire des antibiotiques à un patient qui le demande
- 61% des répondants déclarent qu'ils pourraient diminuer la fréquence de leurs prescriptions d'antibiotiques.

Graphique 3 Outils utilisés régulièrement par les médecins généralistes pour aider au choix thérapeutique et à la communication avec les patients

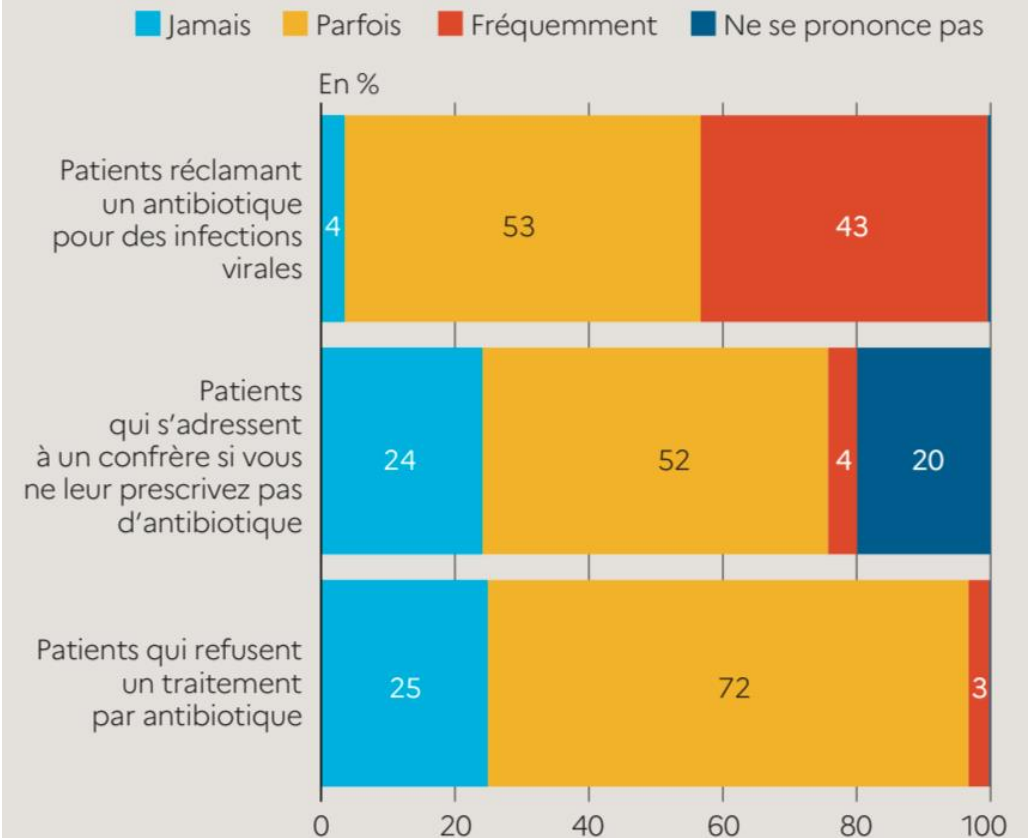


VI. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie du BUA : CPTS, EMA, Cratb

Tableau 1 Profils de médecins selon leurs pratiques en matière de prescriptions d'antibiotiques et de relations avec les patients

Part de médecins « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec les assertions suivantes	Ensemble
Vous vous fiez avant tout à votre propre jugement et à votre expérience	87,7
Plutôt d'accord	59,1
Tout à fait d'accord	28,6
Vous tenez compte du désir du patient de retourner rapidement au travail	43,5
Plutôt d'accord	31,2
Tout à fait d'accord	12,2
Vous anticipez la possibilité de complications de l'infection	63,9
Plutôt d'accord	50,7
Tout à fait d'accord	13,2
Il est légitime que des patients puissent demander un antibiotique	23,9
Plutôt d'accord	19,1
Tout à fait d'accord	4,8
Vous demandez au patient quelle option thérapeutique il préfère	21,5
Plutôt d'accord	17,7
Tout à fait d'accord	3,7
Votre patient et vous sélectionnez une option thérapeutique ensemble	65,5
Plutôt d'accord	51,6
Tout à fait d'accord	13,9

Graphique 4 Situations rencontrées par les médecins généralistes concernant la demande d'antibiotiques de leurs patients



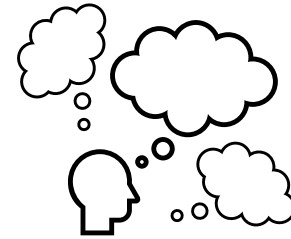
VI. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie du BUA : CPTS, EMA, Cratb

Les spécificités de la médecine de ville

Attali C, Rola S, Renard V. Et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. *Exercer* 2008;82:66-72

7 liées au patient

- Il demande de manière explicite des antibiotiques
- Il fait référence à des expériences passées considérées à tort ou à raison comme des échecs médicaux
- Le traitement antibiotique est déjà commencé
- Il renvoie à des épreuves douloureuses
- La prescription d'antibiotique n'est pas le principal problème de la consultation
- Le médecin est mis de façon implicite ou explicite en concurrence avec d'autres médecins /sa pratique antérieure
- Il s'agit du 2ème contact ou plus pour cet épisode



4 liées au médecin

- Le patient lui paraît très fatigué
- Le médecin pense que le malade a un risque particulier
- Le médecin doute de l'origine virale de la maladie
- Le médecin a une forte conviction contre le référentiel dans cette situation

Contexte psychosocial du patient :

- troubles psychologiques : anxiété, agressivité/ « patient agressif » ;
- difficultés pour convaincre liées au niveau social ou aux connaissances du patient ;
- pression familiale ressentie par le médecin : « accompagné de sa femme infirmière », « accompagnée pour la première fois » ;
- manque d'arguments en fonction du contexte, impossibilité de convaincre ;
- suivi impossible d'un patient de passage.

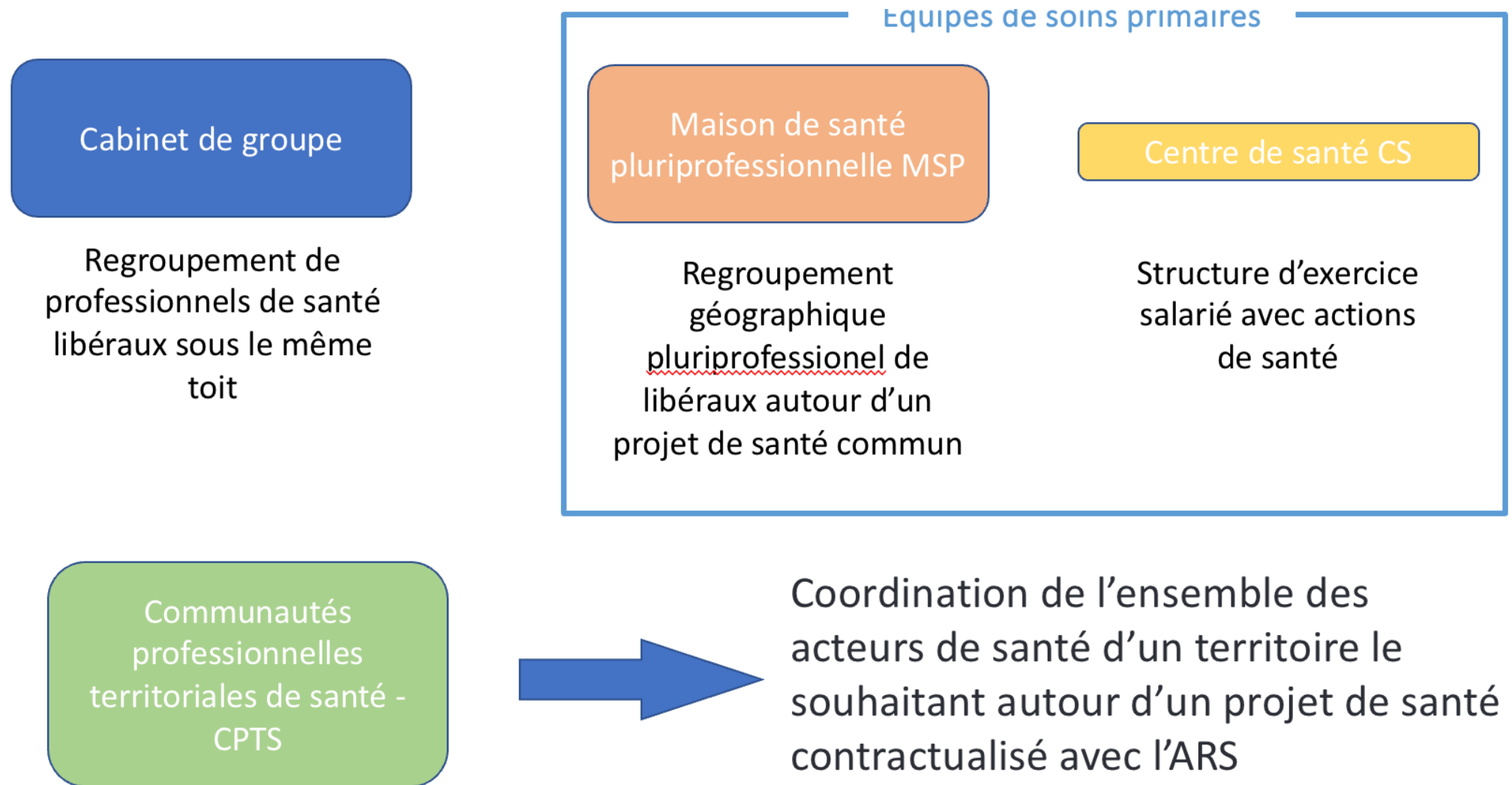
Contexte d'exercice :

- fatigue du médecin : « médecin fatigué et demande forte », « surcharge de travail », « en retard et pas le temps ».

La multiplicité des problèmes :

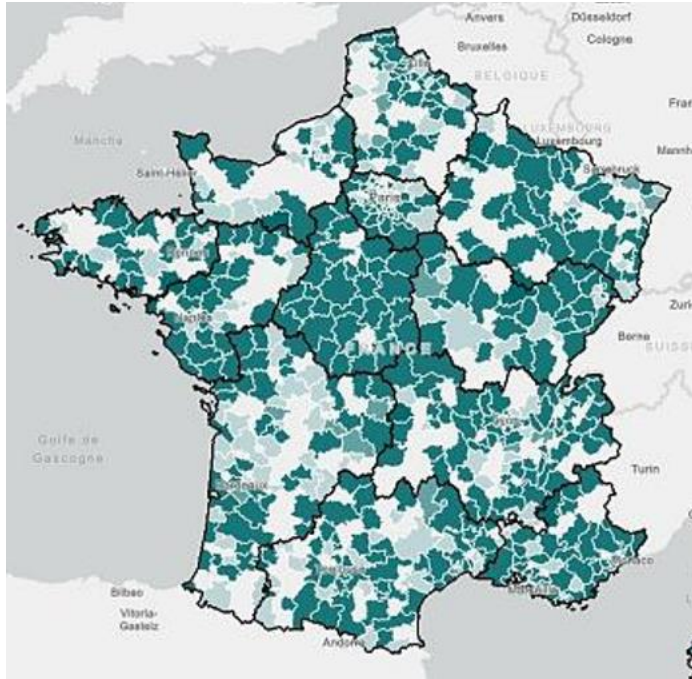
- histoire médecin/malade qui incite à prescrire dans ces situations : premier contact, remplacement du médecin habituel, expériences passées communes négatives, etc.

VI. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie du BUA : CPTS, EMA, Cratb



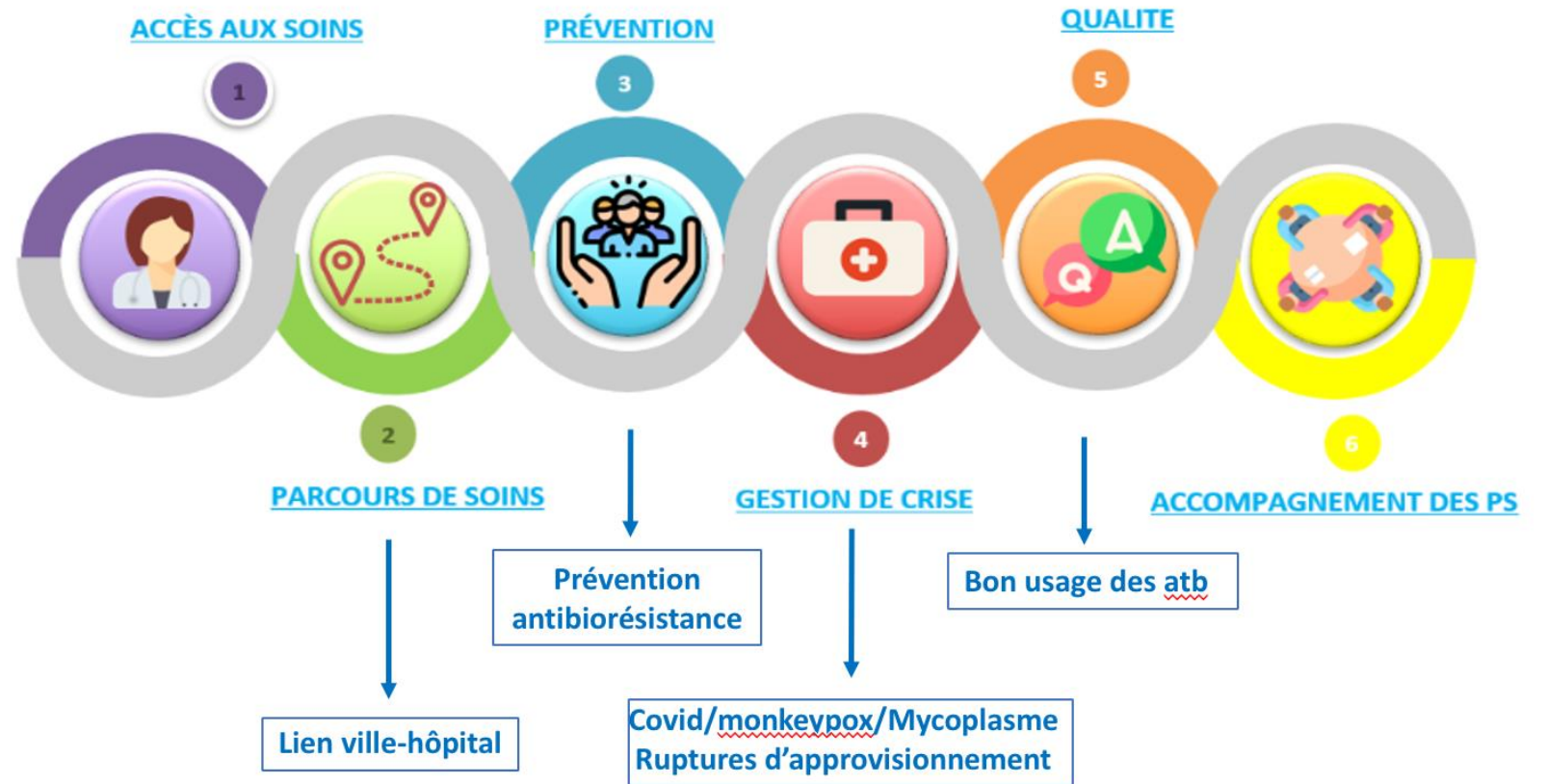
VI. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie du BUA : CPTS, EMA, Cratb

97,92% de couverture en CVL



4 missions socles

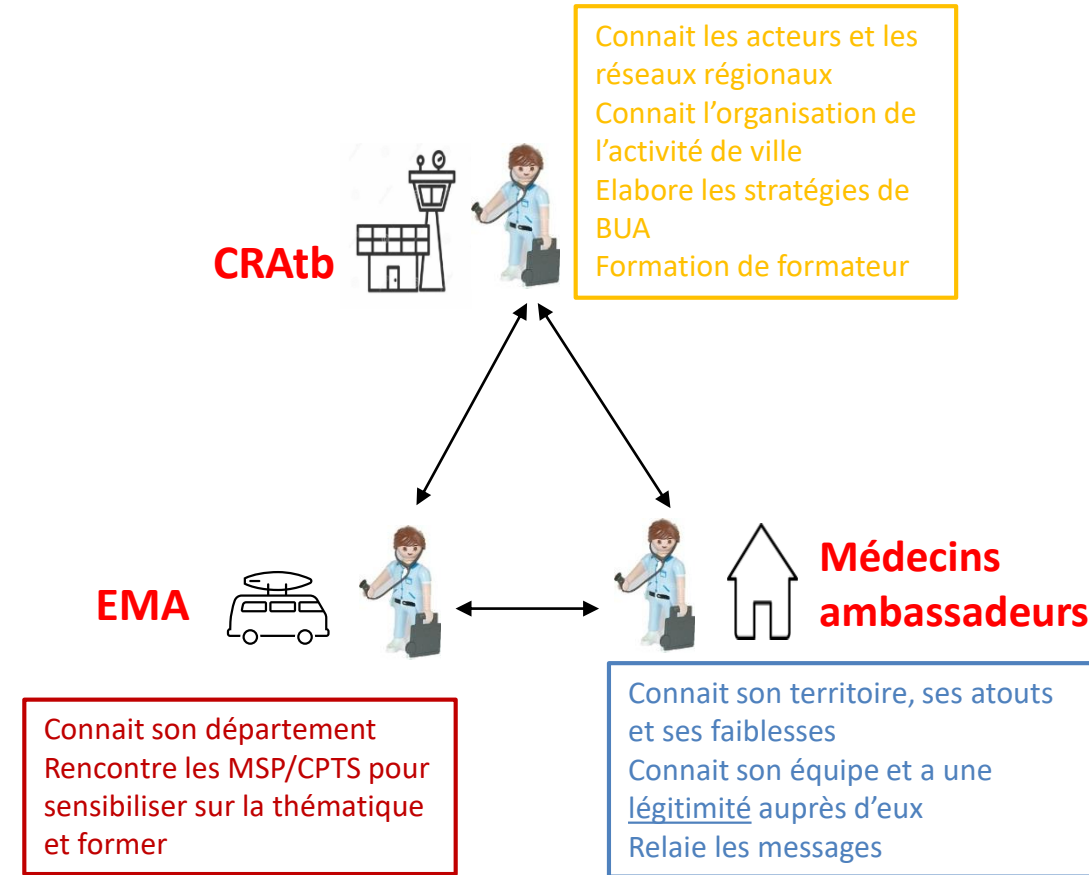
2 missions optionnelles



VI. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie du BUA : CPTS, EMA, Cratb

MG CRATb / MG EMA / MG Ambassadeurs du BUA

- Lien ville-hôpital
- Travail avec les CPTS, les EHPAD et autres établissements médico-sociaux
- Aide pour la formation continue
- Élabore des outils pratiques avec un regard du terrain
- Aide pour gestion de crises
- Soutien pour études, projets, demandes de terrain
- Lien entre les instances et le terrain



VI. Rôle du médecin généraliste dans la stratégie du BUA : CPTS, EMA, Cratb

LES MESSAGES CLÉS À RETENIR

- **Le BUA est un enjeu encore méconnu en ambulatoire et en compétition** avec d'autres enjeux de santé publique.
- **La connaissance du fonctionnement de l'offre de soin ambulatoire est cruciale** pour proposer des **stratégies applicables et adaptées**.
- **Les CPTS ouvrent un large réseau de professionnels médico-sociaux ambulatoires** pour être **connu sur le territoire et co-construire des actions concrètes**.
- **Il n'est pas possible d'appliquer une même stratégie pour l'ensemble des structures du territoire**.
- **Les stratégies de BUA en soins primaires ne peuvent pas se baser sur le seul suivi des référentiels**.
- **La présence de MG dans les EMA et CRAtb permet de proposer des actions et des formations pertinentes, de mobiliser les réseaux ambulatoires et d'avoir une approche de pair à pair**.

Merci de votre attention : QUESTIONS ?



 cratb-cvl@chu-tours.fr
 02 47 47 93 83

 Bâtiment 31
Hôpital Bretonneau
2Boulevard Tonnellé
37044 Tours Cedex 9
 www.cratb-centre.fr

Retrouvez le CRAtb Centre-Val de Loire sur les réseaux sociaux



Merci de votre attention

RDV la semaine du 18 novembre 2025 pour le 2^{ème} journée



Retrouvez le CRAtb Centre-Val de Loire sur les réseaux sociaux

