

## Editorial

Cette fois, c'est sûr : la consommation d'antibiotiques en France est repartie à la hausse après une décrue durant quelques années à la suite de la campagne « les antibiotiques c'est pas automatique ». Une bataille est donc perdue... mais ce n'est pas la fin de la guerre.

Soulignons au passage, qu'au plus fort de la consommation, la France restait un des plus mauvais élèves du monde.

Ce n'est pas ici le lieu du « pourquoi? » (esquissé dans ces colonnes! ...) mais du « comment? » et je vais tenter de vous proposer quelques pistes pour résister à la tentation antibiotique (l'appel du 18 juin vient d'être largement commémoré).

D'abord, utilisons sans limite le guide ANTIBIOville (fiche A1) qui nous rappelle les nombreuses situations où l'antibiothérapie est inutile, voire délétère.

Ensuite, concentrons nous sur les pathologies les plus pourvoyeuses d'antibiothérapies injustifiées : l'angine, la bronchite aiguë et autres sinusites.

**L'angine** : TDR toujours et encore. Seuls ceux qui ne l'utilisent pas l'accusent de tous les maux ; il s'agit en fait d'un outil gratuit, rapide à mettre en œuvre (allonge la consultation de moins d'une minute s'il est bien intégré dès le début de celle-ci), sans risque, efficace et pédagogique.

## Résister ?

**La bronchite aiguë** : diagnostiquée par excès et inutilement « antibiothérapie ». La bronchite jouit d'une mauvaise réputation auprès de nos patients (« mal soignée, elle dégénère en bronchite chronique et donne des pneumonies ») Astuce : réserver ce diagnostic aux situations (rares) où il existe des râles bronchiques (conformément à la définition que nous propose la SFMG). Cela ne change rien à l'attitude à adopter (pas d'antibiothérapie même chez le fumeur) mais conduit beaucoup moins souvent à énoncer ce diagnostic pourvoyeur de dérapages de prescription.

Il en est de même de la **BPCO** : la bronchite chronique simple (non obstructive, avec Tiffeneau > 70%), la plus fréquente en médecine ambulatoire ne requiert pas d'antibiothérapie et seules les exacerbations (avec bronchorrhée verdâtre) des formes les plus sévères des bronchites chroniques obstructives (Tiffeneau < 70%) (avec dyspnée d'effort avant l'exacerbation) justifient une antibiothérapie.

**La sinusite** : sa localisation maxillaire requiert rarement une antibiothérapie (Prescrire mars 2010 et ANTIBIOville B3) et la recherche de pus sous le cornet moyen est un geste simple et contributif.

**La cystite** : l'utilisation de la bandelette urinaire (0,50 € l'unité) permet d'éviter de traiter par antibiotiques ce qui est une vaginite ou de simples cystalgies ou une cystite en cours de guérison spontanée.

Restent les situations où nous sentons bien, en début de consultation, que l'antibiothérapie n'est pas indiquée mais que la négociation pourrait se révéler difficile. Utilisons alors les propositions de C. Attali<sup>2</sup> : une décision mûrement réfléchie et solidement déterminée, une attitude visant à défendre cette position au cours de la consultation : un examen clinique consciencieux et commenté dans cet objectif : la gorge : pas d'angine, les poumons : pas de pneumonie, les sinus : pas de sinusite... donc pas d'antibiotique.

Il nous reste à vaincre nos propres peurs : passer à côté d'une pathologie infectieuse sévère que l'antibiothérapie jugulerait. C'est un fantasme : la seule crainte légitime est la pneumonie et c'est la clinique, voire la RP qui emportent la décision.

Et puis, si c'est vraiment trop dur, une dernière arme insuffisamment utilisée : **ANTIBIOtel** (03 83 76 44 89). A chaud, en présence du patient, un conseil personnalisé et validé... qui est parfois la non prescription.

## AntibioTél

Le réseau Antibiolor a mis en place un numéro d'astreinte téléphonique destiné aux professionnels libéraux de santé de Lorraine. Il est tenu par des membres du réseau, répartis dans les 4 départements lorrains et référents en antibiothérapie pour répondre à toutes les questions concernant l'antibiothérapie.

Il fonctionne 5 jours par semaine de 8h30 à 19h30 hors jours fériés. Un seul numéro d'appel

**03 83 76 44 89**

Ce numéro permet d'avoir accès par l'intermédiaire d'un secrétariat téléphonique à un médecin d'astreinte, bénévole pour cette fonction.

Il me reste à espérer que, munis de ces quelques outils, vous saurez résister et que l'antibiothérapie sera optimisée, avec le soutien d'Antibiolor.

Dr J. Birgé  
Médecin généraliste, vice-président d'Antibiolor

1. Antibioinfo février 2008  
2. Claude Attali. Infections respiratoires présumées virales Comment prescrire moins d'antibiotiques ? Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 (601) : 155-60.

## L'émergence des bactéries "BLSE" (d'après une communication de C. Rabaud)

Nous savons tous que les bactéries s'adaptent à leur environnement et que sous la pression de sélection des antibiotiques elles deviennent résistantes en essayant de trouver des moyens de plus en plus complexes pour échapper à ces antibiotiques.

Ainsi le staphylocoque doré sensible à la pénicilline G dans les débuts de son utilisation est devenu très rapidement résistant à cette dernière au point que aujourd'hui 95% des souches sont résistantes à la pénicilline G par sécrétion d'une bêta lactamase. De la même façon, la commercialisation des pénicillines M actives sur ces staphylocoques résistants à la pénicilline G a favorisé l'apparition de staphylocoques résistants à la méticilline (les méti R).

On a beaucoup parlé durant ces 20 dernières années des pneumocoques de moindre sensibilité à la pénicilline G qui avaient modifié les recommandations de prise en charge des infections respiratoires.

Actuellement nous sommes confrontés à l'émergence aussi bien à l'hôpital qu'en ville d'entérobactéries sécrétrices de bêta lactamase à spectre étendu (BLSE) qui inactivent la plupart des bêta lactamines, céphalosporines compris. *E. coli* est devenue progressivement depuis le début des années 2000 l'espèce bactérienne la plus concernée par l'émergence de nouvelles bêta lactamases à spectre étendu (BLSE) (fig 1). En raison de l'abondance et du caractère ubiquitaire de *E. coli*, de son implication dans les infections communautaires et nosocomiales, l'émergence des BLSE chez *E. coli* complique la prise en charge des infections dues à ce germe au

premier rang desquelles l'infection urinaire. Les entérobactéries BLSE sont aussi résistantes à d'autres familles d'antibiotiques, par la présence de gènes associés sur les mêmes plasmides ou de mutations chromosomiques associées. En France en 2008, les entérobactéries BLSE, globalement, étaient souvent résistantes à la tobramycine (70%), à la gentamicine (50%), à l'amikacine (30%), à la ciprofloxacine (75%) et, en ce qui concerne *E. coli*, à la tobramycine (75%), à la gentamicine (35%) à l'amikacine (25%) et à la ciprofloxacine (70%). L'émergence de la multirésistance au sein de cette espèce nous confronte donc au risque d'impasse thérapeutique.

Le traitement des infections documentées à *E. coli* BLSE, et des infections que l'on craint être à *E. coli* BLSE, tend à intensifier l'utilisation de carbapénèmes, considérées comme traitement de dernier recours (avec peut-être les glycylicyclines). L'augmentation de l'utilisation des carbapénèmes expose en retour au risque d'émergence de résistance à ces antibiotiques et en particulier d'émergence d'entérobactéries productrices de carbapénémases,  $\beta$ -lactamases qui inactivent presque toutes les  $\beta$ -lactamines. De plus, ces antibiotiques ne sont pas disponibles en ville, ce qui signifie une hospitalisation obligatoire pour des infections à *E. coli* BLSE et donc un surcoût en terme de prise en charge.

Dans l'état actuel du développement des antibiotiques par l'industrie, il est peu probable que nous disposions prochainement de nouvelles molécules efficaces sur *E. coli* BLSE et sur les autres entérobactéries multirésistantes. Ainsi, la lutte contre l'émergence des *E. coli* BLSE est désormais non plus seulement un problème mais aussi un devoir de santé publique, car il faut limiter l'extension de ces bactéries en diminuant par des mesures d'hygiène la transmission croisée mais également diminuer la pression de sélection exercée par les antibiotiques utilisés en médecine humaine et vétérinaire. Rappelons ici que la résistance bactérienne est le principal effet indésirable des antibiotiques. Après transmission inter-humaine (ou transmission à l'homme depuis le monde animal ou l'environnement), les souches d'*E. coli* BLSE, ou les supports génétiques de la BLSE, s'implantent dans la flore digestive des « receveurs ». La souche résistante pourra alors être « sélectionnée », se multiplier en cas d'antibiothérapie active sur les autres

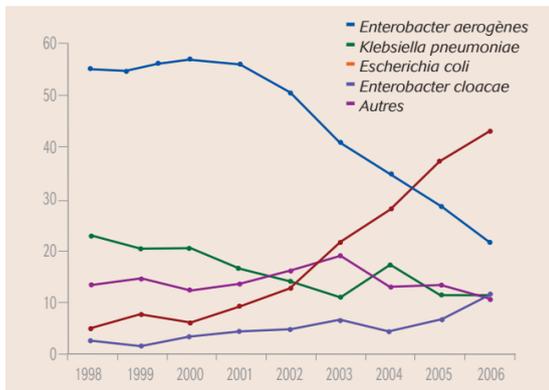
microorganismes composant la flore digestive. L'accroissement de l'inoculum de cette souche de *E. coli* BLSE au sein de la flore digestive, va accroître le risque d'infection à *E. coli* BLSE chez la personne porteuse, mais également accroître le risque de dissémination de *E. coli* BLSE à l'entourage.

La mise en évidence d'une colonisation ou d'une infection à *E. coli* BLSE est encore aujourd'hui le plus souvent faite à l'hôpital. Toutefois, elle est aussi parfois faite dès l'admission ou lors d'une consultation à l'hôpital, ou, point remarquable, chez des patients sans lien préalable direct ni indirect avec une structure de soins. Plus inquiétant encore, *E. coli* BLSE a pu être identifié à partir de selles d'enfants bien portants, notamment dans les pays en voie de développement. Ces caractéristiques épidémiologiques sous-tendent l'idée que ces souches de *E. coli* auraient émergé en ville.

Des travaux récents ont clairement montré la diffusion et le portage digestif d'une souche de *E. coli* productrice de BLSE au sein d'une famille après que cette souche a été responsable d'une infection urinaire chez l'un de ses membres et que sa présence a été démontrée dans le tube digestif de ce dernier.

Pour limiter la diffusion épidémique des *E. coli* et de leurs gènes de résistance, il convient de s'attaquer aux deux phénomènes cités ci-dessus : la transmission croisée et la surconsommation des antibiotiques.

C'est le message de la nouvelle campagne sur les antibiotiques : utiliser moins d'antibiotiques pour éviter d'étendre les résistances bactériennes.



Distribution des espèces (C-CLIN Paris-Nord) – Onerba – JN1 2008

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre.

Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiothérapie.

Renvoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.

## Bulletin d'adhésion 2010

A glisser dans une enveloppe accompagné de votre règlement

Souhaite adhérer à l'Association du Réseau Lorrain d'Antibiothérapie

J'adresse ci-joint ma cotisation pour l'année 2010

Montant : (cocher)

- 600 € pour les CHU/CHR  
 300 € pour les CHG/PSPH/Cliniques  
 150 € pour les Moyen Long Séjour/Retraite médicalisée  
 300 € pour les Associations professionnelles  
 15 € en adhésion individuelle

A retourner à :

**ANTIBIOLOR**

Mlle C. Barthélemy  
Secrétariat du réseau Antibiolor - Maladies infectieuses  
Tour Drouet 7 - Hôpitaux de Brabois - Allée du Morvan  
54500 VANDŒUVRE-LES-NANCY



**ANTIBIOLOR**  
LE RÉSEAU LORRAIN D'ANTIBIOLOGIE

# La nouvelle campagne antibiotique de l'assurance maladie

Il y a maintenant 8 ans, la CPAM lançait la première campagne sur le bon usage des antibiotiques avec le slogan devenu célèbre « les antibiotiques, c'est pas automatique ». Constatant que la prescription excessive d'antibiotiques concernait surtout les enfants et l'indication « angines », la CPAM a profité de cette campagne pour inciter les médecins à utiliser les TDR dans l'angine pour justifier la prescription ou la non prescription des antibiotiques. La même année a eu lieu la conférence de consensus organisée par la Société de Pathologie de Langue Française (SPILF) sur le bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé à l'issue de laquelle a été publiée une circulaire relative au bon usage des antibiotiques. Parallèlement a été constitué un comité national de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques dont « la mission est d'apporter au ministre chargé de la santé des éléments d'orientation et de décision sur la stratégie de la lutte contre l'antibiorésistance et sur la mise en oeuvre du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques ».

En Lorraine, Antibiolor est né à la fin 2003, constitué par des médecins, biologistes et pharmaciens de ville et des établissements de santé désireux de participer au bon usage des antibiotiques.

L'impact de la campagne de la CPAM et du plan national sur les consommations d'antibiotiques a été étudié par l'équipe de Didier Guillemot à l'issue de la première phase du plan (2002-2007) (1).

Une baisse de 26,5 % de la consommation hivernale d'antibiotiques, baisse atteignant 30,1 % chez les enfants de moins de 6 ans et surtout une diminution de plus de 40 % du lien entre syndromes grippaux et prescription d'antibiotiques a été constatée, montrant que les efforts d'information non seulement auprès des médecins mais également auprès du grand public pouvaient être payants. Cependant, depuis 2007 on constate une reprise de la consommation d'antibiotiques en France, comme si le message « les antibiotiques, c'est pas automatique » avait été oublié.

Cette reprise est d'autant plus inquiétante que la recherche pharmaceutique pour l'élaboration de nouveaux antibiotiques marque le pas. Il est donc indispensable que nous préservions l'efficacité des antibiotiques dont nous disposons actuellement ; quelques signes déjà de moindre efficacité sont annoncés par l'apparition de souches résistantes aux

antibiotiques usuels en ville (certains staphylocoques dorés, certains *Escherichia coli*). Le dernier communiqué de presse de l'assurance maladie détaillé ci après pointe deux situations de prescriptions excessives d'antibiotiques, alors que l'origine virale est connue : les angines et les bronchites. Une nouvelle campagne de l'assurance maladie a donc débuté avec un nouveau slogan « les antibiotiques, si on les utilise à tort, ils deviendront moins forts », peut-être moins facile à mémoriser que le premier, mais axant le message sur les risques de survenue de résistance bactérienne.

Antibiolor est prêt avec vous à participer à cette campagne. Vos idées sont les bienvenues.

Les chiffres du communiqué de presse de l'Assurance Maladie Mai 2010 :

Le niveau global de la consommation d'antibiotiques en France a nettement baissé depuis 2002 : en effet, 40 millions de prescriptions ont été évitées, soit l'équivalent d'un hiver de prescriptions. Cependant en 2009, on observe une tendance à la hausse de +4 % par rapport à 2008 et le niveau de consommation de la France reste l'un des plus élevés d'Europe derrière la Grèce, (fig1).

Pour le 2ème hiver consécutif, le nombre de prescriptions par habitant augmente sur l'ensemble de la population :

- +8 % entre l'hiver 2006/2007 et l'hiver 2007/2008
- +2 % entre l'hiver 2007/2008 et l'hiver 2008/2009.

Cette augmentation concerne toutes les régions de France, même la Lorraine qui ne fait pas partie des 5 régions où la consommation a le plus diminué depuis 2002 : Champagne-Ardenne (- 21 %), Poitou-Charentes (- 19 %), région PACA (- 19 %), région Centre (- 19 %) et région Limousin (- 19 %).

Cependant l'analyse des chiffres de la Lorraine fournis par la Caisse d'Assurance Maladie permet de voir sur les graphiques que la tendance est quand même à la baisse : en effet, la consommation d'antibiotiques exprimée en nombre de boîtes délivrées en officine à partir des prescriptions des médecins libéraux (généralistes et spécialistes confondus) en Lorraine a diminué entre 2003 (4 399 810 boîtes) et 2006 (3 390 882 boîtes) puis est resté stable en 2007 et 2008 avant d'augmenter légèrement en 2009 pour atteindre 3 715 766 boîtes, ce qui reste inférieur au chiffre de l'année 2003 (fig 2).

Sur cette même période, toujours en Lorraine, les montants remboursables et remboursés exprimés en euros par l'Assurance Maladie n'ont cessé de diminuer pour atteindre leurs plus faibles valeurs en 2009 (montant remboursé de 20 993 977) (fig 3). Ce résultat peut être lié à la fois à une diminution du nombre de boîtes mais aussi à la diminution des prix des médicaments, en particulier lors de la mise sur le marché de médicaments génériques.

La hausse générale de la consommation des antibiotiques en France concerne toutes les classes d'âge, même si elle est plus accentuée chez les adultes (hausse de près de 10 % entre l'hiver 2006/2007 et l'hiver 2007/2008) que chez les enfants où l'on constate qu'entre l'hiver 2001/2002 et l'hiver 2008/2009, la consommation est en baisse de 31 % chez les moins de 5 ans et de 36 % chez les 6-15 ans.

Les infections concernées sont dans un quart des cas des infections virales en 2009 (de type bronchite, rhinopharyngite et syndrome grippal) ; l'angine, représente plus de 40 % des prescriptions d'antibiotiques réalisées en ville, 76 % des bronchites (le plus souvent d'origine virale) ont été traitées par des antibiotiques (fig 4).

Un effort est donc à faire surtout dans le diagnostic de ces infections par l'utilisation large des TDR dans l'angine et l'abstention antibiotique dans toutes les situations de bronchite aiguë du sujet sain (y compris tabagique).

1- Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002-2007 : PLoS Medicine, 2 juin 2009.

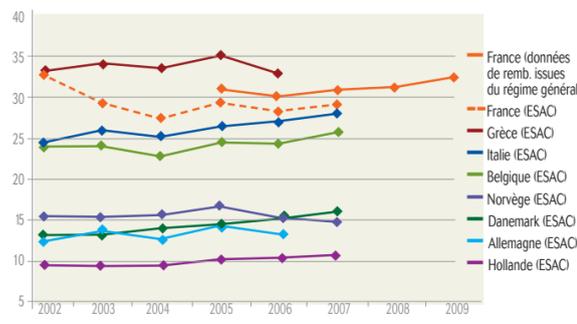


Fig. 1 : évolution de la consommation d'antibiotiques remboursés en ville en DDD/1000 personnes/jour et comparaison européenne (données Assurance Maladie)

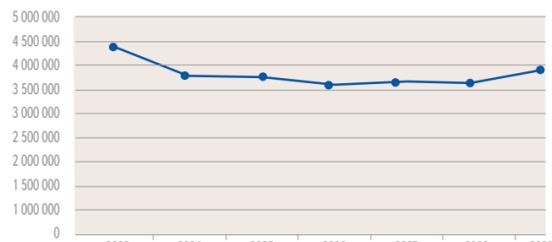
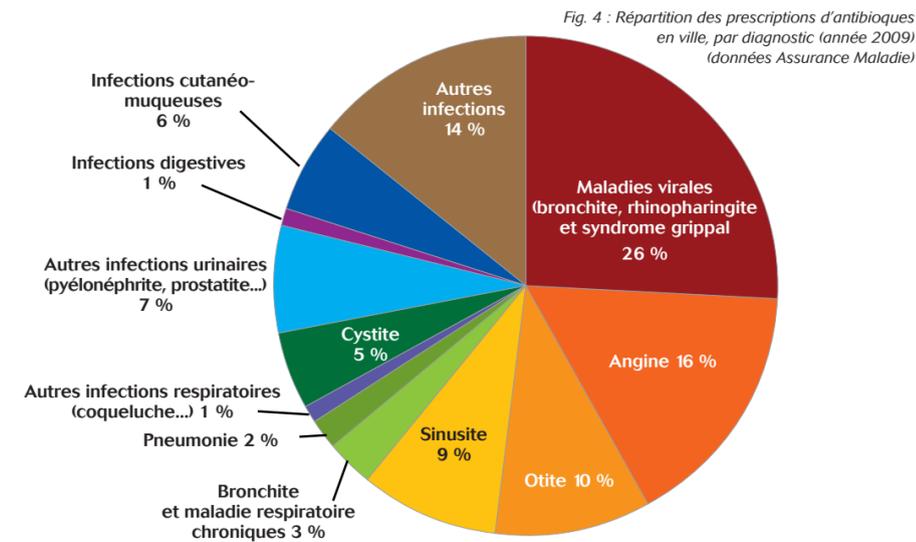


Fig. 2 : nombre de boîtes délivrées en Lorraine (médecins libéraux) (données Assurance Maladie)



Fig. 3 : montants remboursables et remboursés en Lorraine (données Assurance Maladie)

1- Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002-2007 : PLoS Medicine, 2 juin 2009.



## Cas clinique

Un patient de 50 ans vient vous consulter pour une éruption cutanée. Il a 39°C de fièvre, des céphalées et une éruption qui est apparue il y a deux jours, non prurigineuse, rapidement extensive. Il est célibataire, sans enfant, commercial. Il n'a pas fait de voyages récents à l'étranger et se déplace dans toute la France pour son travail. Il n'a pas d'animaux.



En regardant de plus près, vous trouvez cette lésion isolée en haut de la cuisse, un peu différente des autres lésions cutanées.



- Quel est votre diagnostic ???
- Demandez vous des examens biologiques ?
- Si oui lesquels ?
- Quel traitement ?

Réponse sur le site : [www.antibiolor.org](http://www.antibiolor.org) - rubrique information

## Adhères à AntibioLor

Rejoignez-nous en complétant le bulletin d'adhésion joint à cette lettre. Issu d'un consensus fort, le réseau AntibioLor ne peut vivre que par l'adhésion de tous les acteurs concernés par l'antibiologie.

Envoyez rapidement votre bulletin sous enveloppe à fenêtre accompagné de votre règlement.



LA LETTRE DU RÉSEAU LORRAIN D'ANTIBIOLOGIE

# ANTIBIOLOR

infos

Directeur de la publication : Thanh Doco-Lecompte  
 Conception graphique et maquette : Agence MédiaCom  
 Impression : Lorraine graphic  
 Ce numéro a été tiré à 5 200 exemplaires  
 ISSN : 1955-0820

Je soussigné(e)  
M - Mme - Mlle  
(rayer la mention inutile)

NOM..... Prénom.....  
 Fonction..... Spécialité.....  
 Adresse prof. ....

N° de téléphone ..... E-mail .....

NOM de l'Etablissement ou de l'Association .....  
 ADRESSE de l'Etablissement ou de l'Association .....

par Chèque bancaire  par Chèque postal  Virement bancaire   
 RIB : code banque 14707 | code guichet 00035 | N° de compte : 03519091817 | clé 28  
 Banque ..... Ville ou centre.....  
 N° du chèque ..... Libellé au nom de «Association Antibiolor»

Je désire recevoir un reçu de ma cotisation Date Signature  
 oui  non

Le cas échéant  
représentant :

Je règle ma  
cotisation :

