



HAL
open science

**État des lieux des Prescriptions d'antibiotiques chez
l'adulte en médecine ambulatoire dans le cadre de trois
pathologies courantes : pneumopathie aiguë
communautaire, Sinusite aiguë maxillaire, et
Dermo-hypodermite aiguë**

Lise Hercouët

► **To cite this version:**

Lise Hercouët. État des lieux des Prescriptions d'antibiotiques chez l'adulte en médecine ambulatoire dans le cadre de trois pathologies courantes : pneumopathie aiguë communautaire, Sinusite aiguë maxillaire, et Dermo-hypodermite aiguë. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03240544

HAL Id: dumas-03240544

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03240544v1>

Submitted on 28 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée par

Lise HERCOUËT

Née le 01/05/1990 à RENNES

**Etat des lieux des
Prescriptions
d'antibiotiques chez
l'adulte en médecine
ambulatoire dans le cadre
de trois pathologies
courantes : Pneumopathie
aiguë communautaire,
Sinusite aiguë maxillaire,
et Dermo-hypodermite
aiguë**

**Thèse soutenue à Rennes
Le 19 Mai 2020**

Devant le jury composé de :

Pierre TATTEVIN

Professeur – CHU Rennes –Président

Matthieu REVEST

Professeur –CHU RENNES – Juge

Eric MENER

Professeur associé –Directeur du Département de
médecine générale de Rennes- membre invité

Frédéric BEUNEUX

Médecin généraliste – Directeur de thèse

PROFESSEURS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; Embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-Réanimation ; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladie métabolique ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion

FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ;hépatologie ;addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation ; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative

MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
TADIE	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation ; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile

WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Professeur des universités	Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	EMERITE Professeur des universités	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	EMERITE Professeur des universités	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CHALES	Gérard	EMERITE Professeur des universités	Rhumatologie
DAUBERT	Jean-Claude	EMERITE Professeur des universités	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	EMERITE Professeur des universités	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDAN	Gilles	EMERITE Professeur des universités	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	CONSULTANAT Professeur des universités	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	EMERITE Professeur des universités	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEGUERRIER	Alain	EMERITE Professeur des universités	Chirurgie thoracique et vasculaire
MALLEDANT	Yannick	EMERITE Professeur des universités	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	EMERITE Professeur des universités	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
		EMERITE	

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC associé	Médecine générale
BEGUE	Jean-Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMENER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologique
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologique
LE GALL	Vanessa	MC associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

A monsieur le professeur Pierre TATTEVIN,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du Jury : Professeur Matthieu REVEST, Professeur Eric MENER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez recevoir mes remerciements les plus respectueux.

Au docteur Frédéric BEUNEUX,

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour l'écoute, le soutien et les conseils apportés pendant ce travail de thèse.

A tous les personnels soignants, médecins, infirmières, kinésithérapeutes, aides-soignants (etc..), merci pour votre bienveillance, tous vos conseils et soutien pendant toute cette période de formation de l'externat à l'internat.

A mes parents, merci pour le soutien autant moral que logistique pendant toutes ces années d'études.

A mes sœurs, merci de m'avoir soutenue ou divertie pendant toutes les périodes de révision.

A mes grands-parents, famille et belle famille, merci pour les valeurs que vous me transmettez, les bons moments passés et nos échanges toujours aussi riches.

A ceux qui, partis trop tôt, seraient fiers de voir le travail accompli. Papy, cette thèse est pour toi.

A ma deuxième famille (Valérie, Elise, Claire (x2), Mathilde, Gwen, Arnaud, Florian, Tony, Guillaume, Pidou, Yoan, Fabrice et ceux que j'oublie), merci d'avoir illuminé mes week-ends pendant ces années. Vous m'avez permis de m'épanouir et de m'évader toujours plus. Il nous reste encore tant de souvenirs à créer...

A Harmony, Julie et Pauline, à notre amitié qui a su dépasser les frontières de la faculté et de la France, nos retrouvailles sont toujours des bons moments.

A Julien, merci pour ton amour et ta patience. Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	11
ABRÉVIATIONS	12
INTRODUCTION.....	13
MATÉRIEL & MÉTHODE.....	17
RÉSULTATS	19
1. Caractéristiques de la population d'étude	19
2. Cas de la pneumopathie aiguë communautaire	21
3. Cas de la sinusite aiguë maxillaire.....	21
4. Cas de la dermo-hypodermite aiguë (Erysipèle)	22
5. Sources d'informations des généralistes concernant la prescription d'antibiotiques. ...	25
6. Pour aller plus loin.....	26
DISCUSSION	29
1. Principaux résultats.....	29
2. Forces et faiblesses de l'étude	32
3. Perspectives	32
CONCLUSION.....	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	37
ANNEXES	40
Annexe 1 : Questionnaire diffusé en ligne sur Limesurvey	40
Annexe 2 : Fiche info antibio n°73 de la SPLIF	44

TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

- Tableau n° 1 : répartition des médecins généralistes selon leur milieu d'exercice. (P. 19)
- Tableau n° 2 : répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice. (P. 19)
- Tableau n° 3 : Choix de la molécule de prescription dans trois pathologies : pneumopathie aiguë, sinusite aiguë et dermo-hypodermite aiguë. (P. 24)
- Tableau n° 4 : Sources d'information des praticiens en matière d'antibiothérapie (P.26)
- Tableau n° 5 : Comparaison des sources d'informations utilisées selon l'année d'obtention de la thèse.(P.28)

Figures et graphes

- Figure n° 1 : Prévisions selon l'évolution de la mortalité attribuée à l'antibiorésistance dans le monde chaque année, comparativement aux autres causes de mortalité. (Source : Review on antimicrobial resistance (1)). (P. 13)
- Figure n°2 : consommation d'antibiotique en ambulatoire à usage systémique dans la communauté en Europe en 2015 (exprimée en dose délivrée journalière pour 1000 habitants et par jour)(3). (P. 14)
- Figure n°3 : Principaux diagnostics associés aux prescriptions d'antibiotiques en ville. Source ANSM (P.16)
- Figure n°4 : Définition de la population d'étude selon les réponses obtenues.(P.17)
- Figure n°5 : répartition des médecins généralistes selon leur milieu d'exercice. (P.19)
- Figure n° 6 : répartition des médecins généralistes selon leur milieu d'exercice.(P.19)
- Figure N° 7 : répartition des médecins généralistes selon leur année d'obtention de la thèse.(P.20).
- Figure n° 8 : durée de prescription de l'antibiothérapie dans la pneumopathie aiguë communautaire.(P.21)
- Figure n° 9 : durée de prescription de l'antibiothérapie dans la sinusite aiguë maxillaire de l'adulte.(P.22)
- Figure n° 10 : durée de prescription de l'antibiothérapie dans la dermo-hypodermite aiguë.(P.23)

RÉSUMÉ

Introduction : L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des prescriptions des antibiothérapies en termes de choix de molécule de primo prescription et de durée d'antibiothérapie dans le cadre de trois pathologies courantes en médecine ambulatoire : pneumopathie aiguë communautaire, sinusite aiguë et dermo-hypodermite aiguë.

Méthode : Etude observationnelle auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine (35) par questionnaire en ligne (taux de réponse 33%).

Résultats : Si la majorité des prescriptions montre que les praticiens évitent les antibiotiques critiques, ils restent tout de même prescrits en proportion importante dans certains cas (16 % dans la dermo-hypodermite aiguë). La durée de prescription de l'antibiothérapie respecte les recommandations dans la pneumopathie aiguë (7 jours), mais peut être optimisée dans la sinusite aiguë ainsi que dans la dermo-hypodermite aiguë. L'utilisation des outils de prescription en ligne s'est démocratisée en médecine ambulatoire, permettant de belles perspectives d'évolution pour améliorer les prescriptions.

Conclusion : Plusieurs actions sont possibles pour optimiser au mieux les prescriptions d'antibiothérapie en médecine ambulatoire et limiter leur impact sur l'antibiorésistance.

ABRÉVIATIONS

SPILF Société de Pathologies Infectieuses de la Langue Française

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ANSM Agence de Nationale de Sécurité du Médicament

HAS Haute Autorité de Santé

AMR Anti-Microbial Résistance

PSDP Pneumocoque de Sensibilité Diminuée à la Pénicilline

PAC Pneumopathie Aiguë Communautaire

BMR Bactérie Multi-Résistante

INTRODUCTION

1. Contexte

Depuis plusieurs années, les autorités sanitaires mondiales telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) alertent et surveillent de près l'émergence de nouvelles bactéries résistantes aux antibiotiques (1). L'antibiorésistance est actuellement un enjeu mondial faisant l'objet de plans d'actions et d'une surveillance accrue. Des prévisions scientifiques sont même alarmantes (2), estiment qu'en 2050, l'antibiorésistance (Antimicrobial résistance (AMR)) serait la première cause de mortalité dans le monde, devant le cancer.

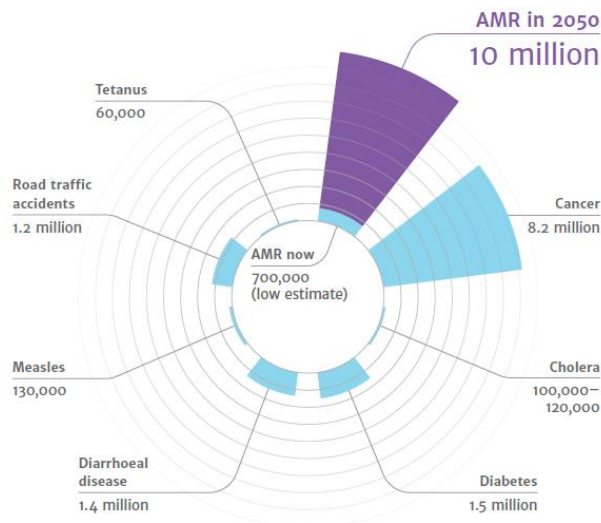


Figure n° 1 : Prévisions selon l'évolution de la mortalité attribuée à l'antibiorésistance dans le monde chaque année, comparativement aux autres causes de mortalité. (Source : Review on antimicrobial resistance (2)).

Pour mieux comprendre, il faut revenir sur l'histoire de l'antibiothérapie : suite à la découverte de la pénicilline en 1928, puis à sa commercialisation dans les années 1940, de multiples antibiotiques sont ensuite découverts jusque dans les années 1990, permettant de combattre de multiples infections. Depuis 1990, il n'y a pas (ou peu) de nouvelle molécule ou classe d'antibiotique arrivant sur le marché.

En parallèle, suite à l'utilisation massive des antibiotiques, des études révèlent que les bactéries sont capables d'acquérir des résistances aux antibiotiques (sécrétion d'enzyme agissant contre les antibiotiques, imperméabilisation de la membrane de la bactérie ou encore modification de la cible de l'antibiotique). C'est ainsi que l'on voit alors apparaître des Pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP), des Escherichia coli (E.coli)

multi-résistants, pour lesquelles nous avons alors recours à des antibiotiques à plus large spectre. Depuis quelques années, des bactéries multi-résistantes (BMR) conduisent à une restriction de possibilités d'antibiothérapie, voire même une impasse thérapeutique.

2. La situation en France

La France fait figure de « mauvais élève » au niveau européen en volume de prescription d'antibiothérapie (3), c'est le 4^{ème} plus gros prescripteur d'antibiotiques en Europe derrière la Grèce, la Roumanie et Chypre.

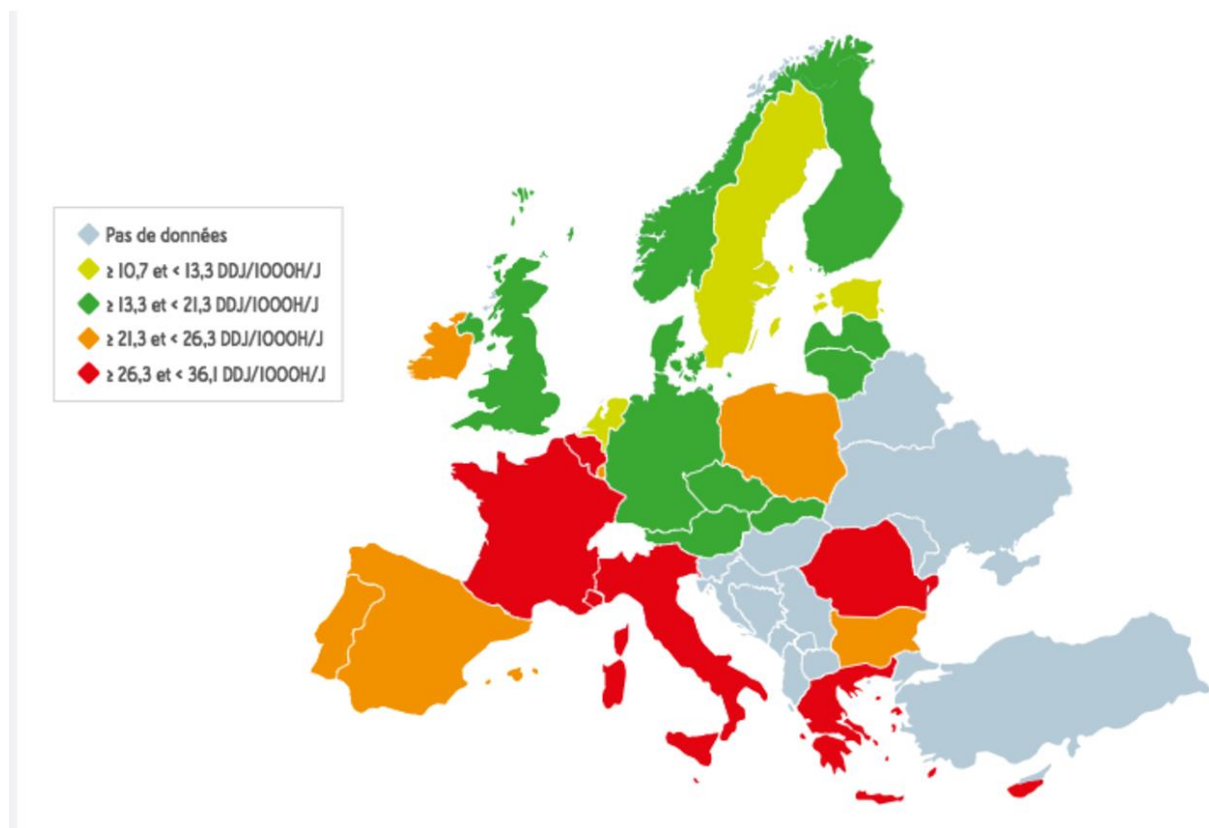


Figure n° 2 : consommation d'antibiotique en ambulatoire à usage systémique dans la communauté en Europe en 2015 (exprimée en dose délivrée journalière pour 1000 habitants et par jour)(3)

Et malgré les différentes campagnes effectuées les statistiques révèlent, après une stabilisation, de nouveau une augmentation de la prescription d'antibiotiques en ville, passant de 28.6doses/1000habitants/jour en 2007 à 29.2doses/1000 habitants/jour en 2017 (source Santé publique France (4)).

Les médecins généralistes sont les premiers prescripteurs d'antibiothérapie (93% du volume de prescription) (4). Leur rôle dans la lutte contre l'antibiorésistance est donc primordial.

L'Agence nationale du médicament (ANSM) publie en décembre 2013 (puis actualisée en 2015) une liste des antibiotiques critiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes (5) (6) qui sont : l'association Amoxicilline + Acide clavulanique, les céphalosporines (avec une préoccupation importante pour les spécialités prescrites par voie orale) et les fluoroquinolones. Il s'agit de spécialités ayant un impact sur les flores commensales, et un rôle déterminant dans la pression de sélection de bactéries multi-résistantes. Leur utilisation doit donc être raisonnée et limitée.

3. Plan d'action de lutte contre l'antibiorésistance

Le ministère de la santé met en place un plan d'action pour agir contre l'antibiorésistance (3). Les actions sont vastes, impliquant tant la médecine humaine que la médecine animale. Les principaux axes portent sur le développement de la recherche, la sensibilisation des professionnels de santé et du grand public (campagne : « les antibiotiques ce n'est pas automatique »), et l'amélioration des pratiques des professionnels de santé.

Afin d'améliorer les pratiques, plusieurs actions sont renforcées :

- Amélioration de la couverture vaccinale, notamment contre le pneumocoque
- Diminution du taux de prescription d'antibiotiques, à l'aide notamment des tests diagnostiques rapides (exemple : Streptotest® pour l'angine)
- Choix de la molécule de prescription adapté, en épargnant les antibiotiques critiques
- Prescription d'antibiotique à une posologie adaptée et une durée adaptée.

L'étude réalisée porte donc sur ces deux derniers points. De nouvelles recommandations de la Société de pathologies infectieuses de la langue française (SPILF) sont régulièrement émises. Début 2017, un document de la SPILF (7) (disponible en annexe 2), préconise des antibiothérapies raccourcies pour plusieurs situations cliniques ambulatoires et hospitalières. Ces recommandations sont basées principalement sur une méta-analyse de la littérature, publiée en 2017 dans *Médecine et Maladies infectieuses* (8).

4. Choix des pathologies étudiées

Les antibiotiques prescrits en ville concernent en premier lieu les infections respiratoires (70%) et les affections ORL (rapport ANSM de 2013(9)). C'est pourquoi la première

pathologie étudiée sera la pneumopathie aiguë communautaire de l'adulte, puis la sinusite aiguë maxillaire de l'adulte.

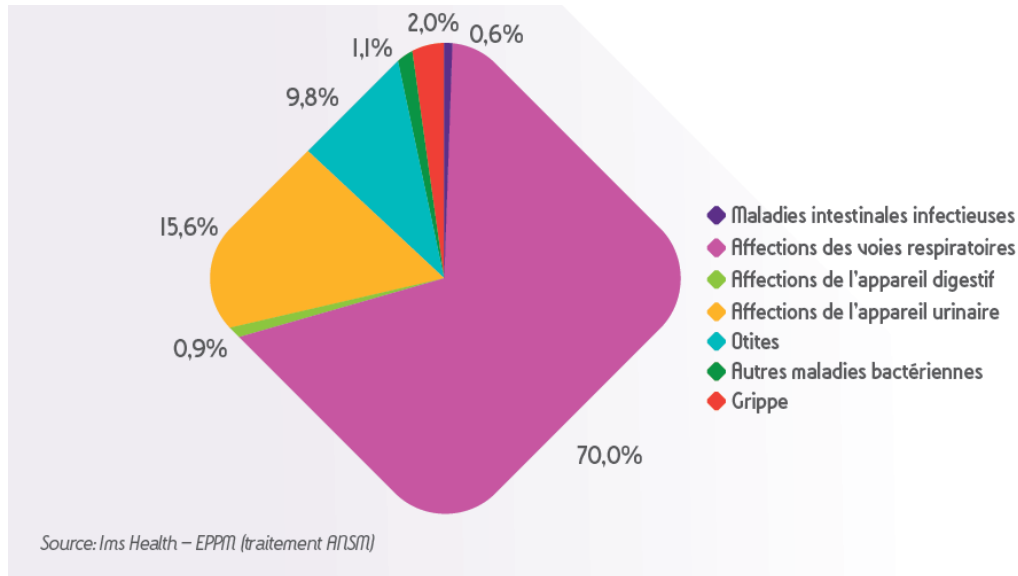


Figure n° 3 : Principaux diagnostics associés aux prescriptions d'antibiotiques en ville.
Source ANSM (9)

Les infections urinaires (15.6% des prescriptions) font aujourd'hui l'objet de recommandations spécifiques, d'actualisation récente, bien connues des médecins généralistes. De plus, il est difficile de par les conditions diagnostiques et cliniques de la prescription de réaliser un cas clinique simple et unique sur le sujet, c'est pourquoi nous ne les aborderons pas dans cette étude.

Le dernier cas concerne la dermo-hypodermite aiguë, de diagnostic clinique aisé, où la prescription se fait sans documentation microbiologique nécessaire.

Cette étude permet donc de réaliser un état des lieux de la prescription d'antibiotiques en médecine générale en Ille-et-Vilaine (35) dans le cadre de trois pathologies courantes : Pneumopathie Aiguë Communautaire, Sinusite maxillaire aiguë et dermo-hypodermite aiguë.

MATÉRIEL & MÉTHODE

Etude observationnelle conduite en France, dans le département d'Ille-et-Vilaine (35) d'octobre à novembre 2019.

Un questionnaire en ligne réalisé sur *Limesurvey* a été envoyé par mail aux médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine (liste officielle du conseil départemental de l'ordre des médecins, 756 adresses mails au total). Les médecins non thésés sont exclus de l'étude.

Un premier mail d'invitation à répondre au questionnaire via le lien internet a été envoyé le 15/10/2019, avec relance à J7 (22/10/2019), J28 (12/11/2019).

Les réponses aux questionnaires étaient anonymes, et devaient être complètes pour être enregistrées.

Sur une Population source de 756 individus, nous obtenons un total de 280 réponses dont 21 incomplètes. Sur les 259 restantes, 9 sont exclues car incomplètes ou inexploitables (année d'obtention de la thèse en 1900, réponse « autre antibiotique » qui correspond à de l'homéopathie). Les analyses statistiques sont donc effectuées sur 250 réponses. Le taux de réponse est donc de 33%.

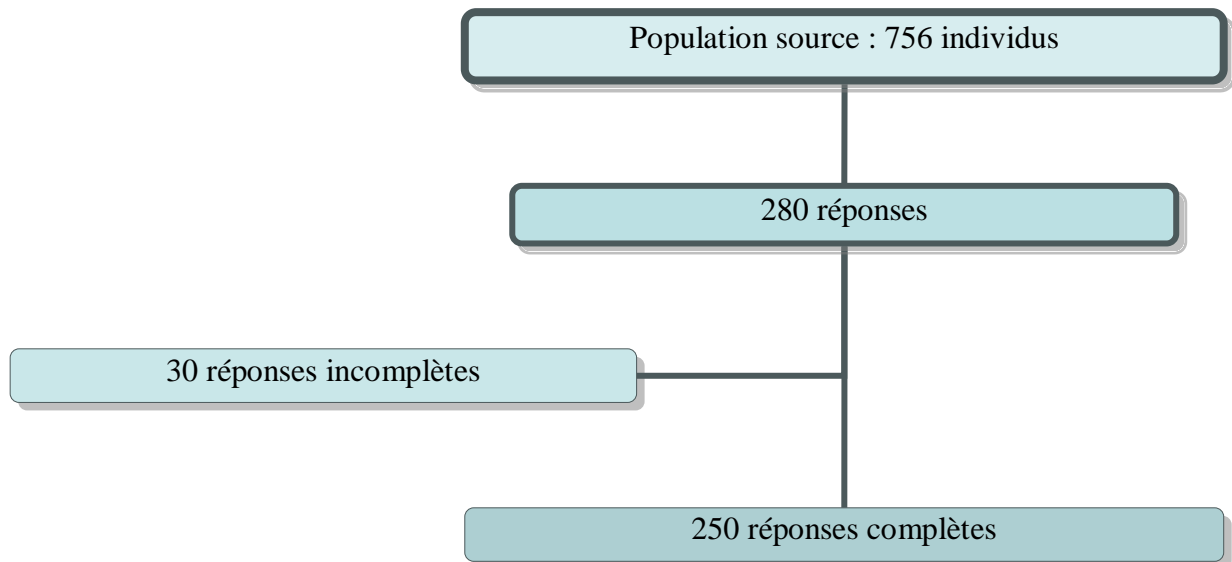


Figure n° 4 : Définition de la population d'étude selon les réponses obtenues.

Une note d'information en début de questionnaire précisait que le sujet était un adulte sain, sans antécédent majeur ni notion d'allergie.

Les questions étaient regroupées divisées en 5 groupes :

- Données démographiques : sexe, milieu et mode d'exercice, année d'obtention de la thèse
- Cas clinique n° 1 : Pneumopathie aiguë communautaire : choix de la molécule de prescription et durée d'antibiothérapie
- Cas clinique n° 2 : Sinusite maxillaire aiguë : choix de la molécule de prescription et durée d'antibiothérapie
- Cas clinique n°3 : Dermo-hypodermite aiguë : choix de la molécule de prescription et durée d'antibiothérapie
- Sources d'informations utilisées par les médecins généralistes.

Les données sont anonymes, collectées sur un tableur Excel. L'analyse statistique est effectuée à l'aide du logiciel *R-commander*.

Les valeurs qualitatives sont décrites en fréquences. Les valeurs quantitatives sont décrites en moyenne, médiane et écart-type (σ). Les valeurs qualitatives sont décrites en effectifs et fréquences (%). La comparaison entre variables qualitatives est effectuée avec le test du Chi-deux, et le test de Student pour la comparaison entre variable quantitative et qualitative (ou test de Wilcoxon si effectif trop faible). Une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme significative.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population d'étude

La première partie du questionnaire permet d'analyser les différents profils des médecins généraliste d'Ille et vilaine ayant répondu au questionnaire.

Le taux de réponses complètes au questionnaire est donc de 33%. L'effectif est composé de 62.4% de femmes et 37.6% d'hommes.

Les deux paramètres suivants évaluaient le milieu et le mode d'exercice des médecins généralistes, selon trois modalités réparties comme suit :

Milieu d'exercice	Effectif	Fréquence (%)
Rural	32	12.8
Semi-rural	110	44
Urbain	108	43.2

Tableau n°1 : répartition des médecins généralistes selon leur milieu d'exercice.

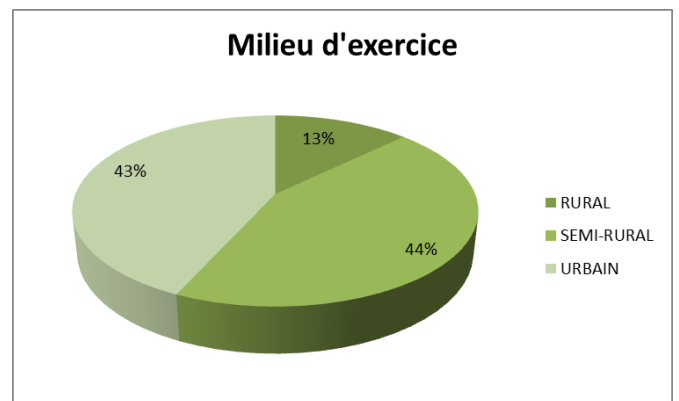


Figure n° 5 : répartition des médecins généralistes selon leur milieu d'exercice.

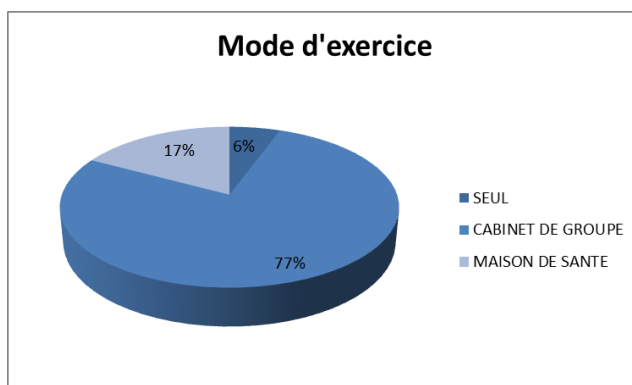


Figure N° 6 : répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice.

Mode d'exercice	Effectif	Fréquence (%)
Seul	14	5.6
En cabinet de groupe	193	77.2
En maison de Santé	43	17.2

Tableau n° 2 : répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice.

La dernière variable interroge les praticiens sur leur année d'obtention de la thèse. Les mesures sont réparties entre 1978 et 2019. La moyenne se situe en 2006 et la médiane en 2009 ($\sigma=9.86$).

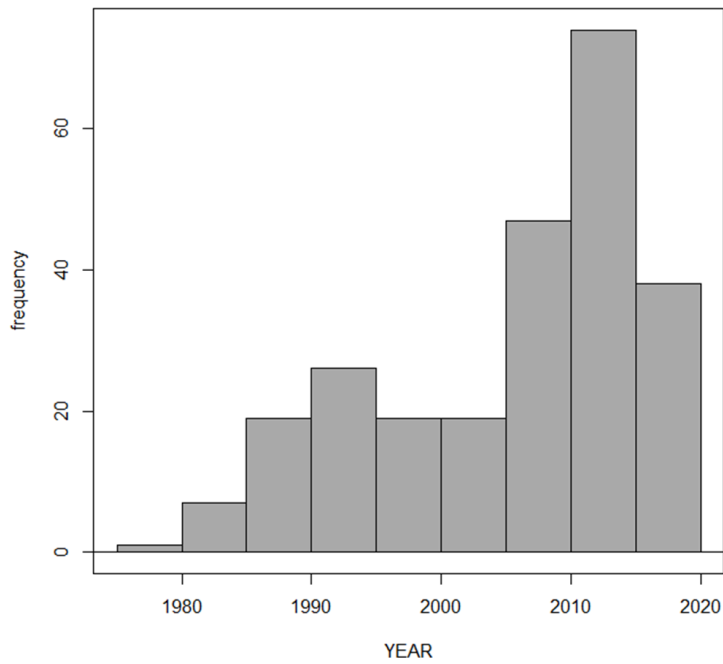


Figure N° 7 : répartition des médecins généralistes selon leur année d'obtention de la thèse.

2. Cas de la pneumopathie aiguë communautaire

Dans ce premier cas clinique, l'analyse montre une prescription massive d'Amoxicilline (96 %). Les médecins épargnent donc bien les molécules à risque pour cette pathologie (4 %), les résultats sont disponibles dans le tableau n°3.

La durée de prescription moyenne est de 7.4 jours, avec une médiane à 7 jours ($\sigma=1.52$). La durée de prescription de 7 jours est majoritaire représentant 63.6 % des réponses (graphe n°8). Une durée supérieure à 7 jours est prescrite dans 26.4 % des cas (66 réponses).

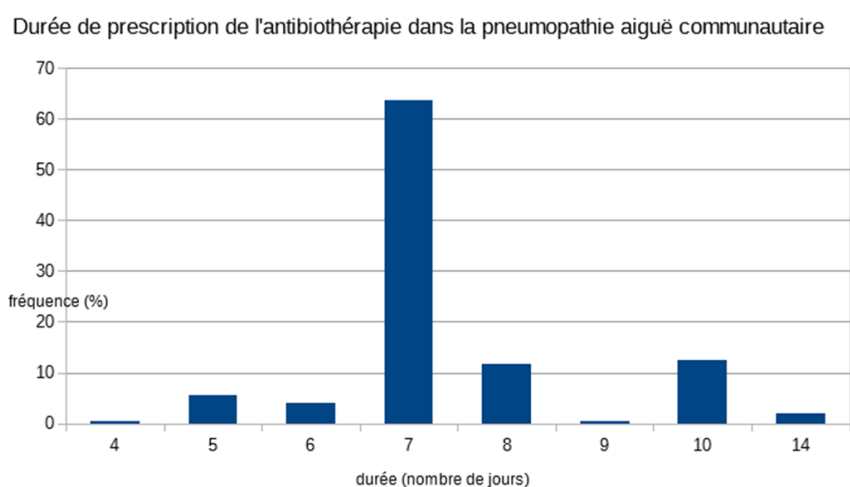


Figure n° 8 : durée de prescription de l'antibiothérapie dans la pneumopathie aiguë communautaire.

3. Cas de la sinusite aiguë maxillaire

Le choix de molécule de prescription est pluriel (tableau n° 3). Même si nous retrouvons une majorité de prescription d'Amoxicilline (74 % des réponses), les molécules à risque (Amoxicilline + Acide. Clavulanique, fluoroquinolones et céphalosporine) représentent 18 % des réponses. A noter, une part non négligeable de réponse « autre » à cette question (5.2 %), qui correspond dans la totalité des réponses à la Pristinamycine.

Dans ce deuxième cas, la durée moyenne de prescription est de 6.5 jours, avec une médiane à 7 jours ($\sigma=1.2$). Les recommandations pour une antibiothérapie raccourcie préconisent une durée de 5 jours dans cette pathologie. Les résultats montrent que 22 % des praticiens prescrivent une durée égale ou inférieure à 5 jours (40 réponses pour 5 jours, et 15 pour 4 jours). La durée de prescription de 7 jours est là encore prédominante, représentant 56 % des

réponses (n=140). Au total les prescriptions de plus de 5 jours représentent 78 % des choix de prescription, avec 9.6 % de réponses pour 8 jours ou plus (24 réponses).

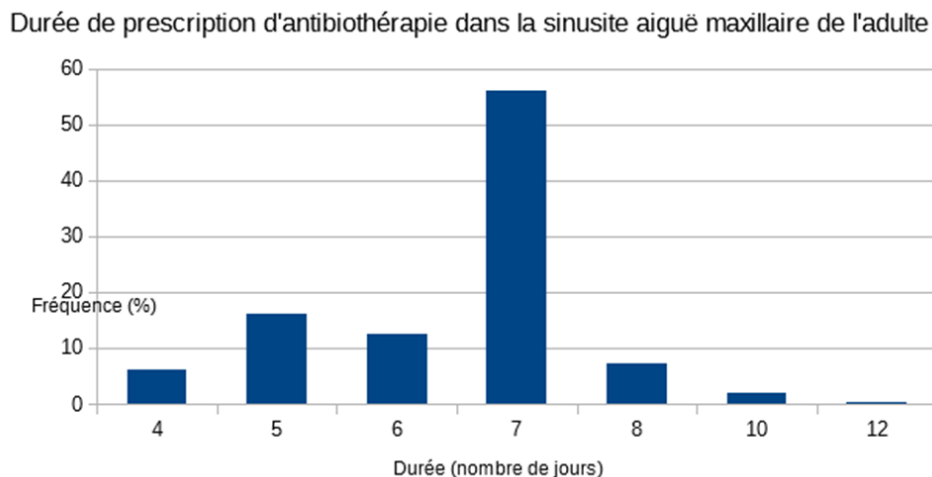


Figure n° 9 : durée de prescription de l'antibiothérapie dans la sinusite aiguë maxillaire de l'adulte.

4. Cas de la dermo-hypodermite aiguë (Erysipèle)

Le dernier cas de figure montre également une prescription privilégiée de l'Amoxicilline (77.6 %) (Tableau n°3). Les antibiotiques critiques sont cependant prescrits en proportion importante (16 %), représentés par l'association Amoxicilline+ Acide clavulanique (13.6 %) et les Céphalosporines uniquement (2.4 %).

Pour ce dernier cas, la durée moyenne de prescription est de 9 jours, avec une médiane qui est de 8 jours ($\sigma=2.41$). Les résultats montrent que 103 réponses (41.3 %) sont d'une durée de 7 jours. 143 praticiens soit 57.2 % prescrivent une antibiothérapie d'une durée de 8 jours ou plus, avec une proportion de 28.8 % (72 réponses) pour une durée de 10 jours.

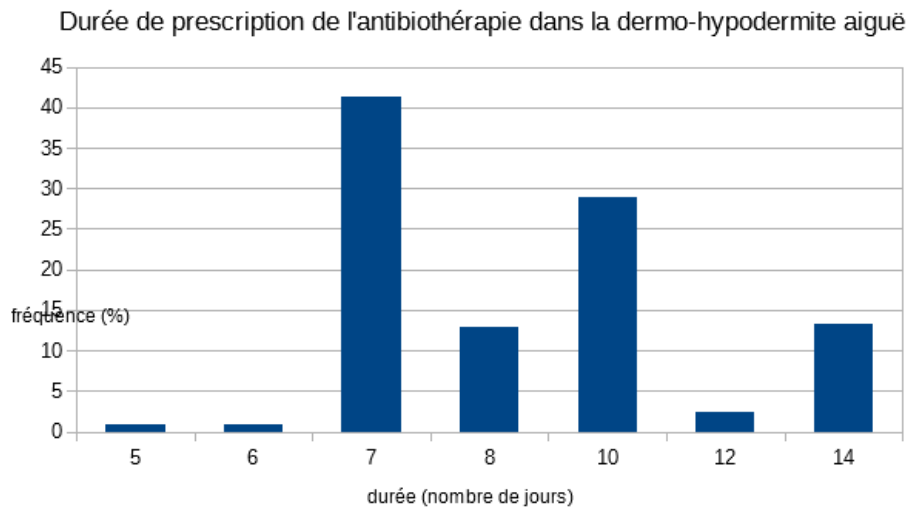


Figure n°10 : durée de prescription de l'antibiothérapie dans la dermo-hypodermite aiguë.

Tableau n° 3 : Prescription d'antibiotiques chez l'adulte dans le cadre de trois pathologies :
Pneumopathie Aiguë, Sinusite Aiguë maxillaire, Dermo-hypodermite Aiguë

Antibiotique	N (Total=250)	Fréquence (%)
Pneumopathie Aiguë		
Pénicilline	245	98
- Amoxicilline	240	96
- Amoxicilline + Ac. clavulanique	5	2
Céphalosporine	4	1.6
Quinolone	1	0.4
Sinusite Aiguë Maxillaire		
Pénicilline	212	84.8
- Amoxicilline	185	74
- Amoxicilline + Ac. clavulanique	27	10.8
Céphalosporine	16	6.4
Macrolide	7	2.8
Quinolone	2	0.8
Autre	13	5.2
Dermo-hypodermite Aiguë		
Pénicilline	230	92
- Amoxicilline	194	77.6
- Amoxicilline + Ac. clavulanique	34	13.6
- Autre	2	0.8
Céphalosporine	6	2.4
Macrolide	4	1.6
Autre	10	4

Tableau N° 3 : Choix de la molécule de prescription dans trois pathologies : pneumopathie aiguë, sinusite aiguë et dermo-hypodermite aiguë.

5. Sources d'informations des généralistes concernant la prescription d'antibiotiques.

Les deux dernières questions posées aux médecins généralistes permettaient de collecter des données concernant leurs sources d'informations en matière d'antibiothérapie (question à choix multiple), et de préciser les sites internet consultés en cas d'utilisation de cette source d'information.

Les résultats affichés dans le tableau n°4 montrent que les médecins généralistes utilisent majoritairement internet (87.6 %), puis viennent les revues scientifiques (50 %), l'avis auprès du spécialiste (29.2 %), les congrès médicaux (13.6 %) et l'intervention des laboratoires (4.4 %). Douze médecins généralistes interrogés (4.8 %) déclarent s'informer par une autre source que celles précédemment citées. Parmi les autres sources, nous retrouvons la formation médicale continue, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), l'expérience professionnelle et le VIDAL.

Dans une deuxième partie, les médecins généralistes ayant sélectionné internet à la question précédente devaient préciser de manière libre les sites internet utilisés pour se documenter en cas de prescription d'antibiotiques.

La consultation du site *Antibiocliv* est largement plébiscitée par les praticiens avec un taux de 83.6 % d'utilisateurs. Puis, viennent ensuite : le site PILLY ou infectiologie.com (12.8 % d'utilisateurs) et les autres sites internet (11.2 %) à savoir : le site de l'HAS, du *Vidal* en ligne, la base *Claude Bernard*, *prescrire.org*.

Source d'information	N	Fréquence (%)
Internet	219	87.6
- <i>Antibiocliv</i>	209	83.6
- <i>Pilly/infectiologie.com</i>	32	12.8
- Autres	28	11.2
Revue scientifique	125	50
Congrès médicaux	34	13.6
Avis auprès du spécialiste	73	29.2
Intervention des laboratoires	11	4.4
Autre source d'information	12	4.8

Tableau n°4 : Sources d'information des praticiens en matière d'antibiothérapie

6. Pour aller plus loin

L'étude fait un état des lieux des prescriptions des médecins généralistes. Même s'il s'agit d'une analyse descriptive, certaines variables peuvent être comparées pour esquisser des pistes d'amélioration des prescriptions.

Dans le cas de la pneumopathie aiguë, les résultats montrent une correspondance massive aux recommandations, qui est telle que les effectifs dans les groupes des variables (choix de molécule, de pénicilline et durée de prescription) sont trop faibles dans certaines modalités pour être comparés.

Dans le cas de la sinusite aiguë, les résultats permettent une comparaison de variables. Lorsque nous comparons la durée de prescription choisie par les généralistes et le choix de la pénicilline, le test de Student montre une différence significative ($p=0.04$). Ce résultat permet de montrer que lorsqu'un praticien choisit l'association Amoxicilline + Acide Clavulanique, la durée de prescription est significativement plus longue que pour le praticien qui choisit

l'Amoxicilline seule. La même comparaison effectuée dans le cas clinique sur la dermo-hypodermite aiguë ne montre en revanche pas de différence significative ($p=0.14$).

Lorsque nous comparons les variables de l'année d'obtention de thèse et les sources d'informations, une différence significative est observée ($p<0.05$) dans plusieurs situations :

- Utilisation plus importante d'internet en fonction de l'âge des praticiens. En effet d'après les résultats, l'année moyenne d'obtention de la thèse se situe en 2007 dans le groupe utilisant internet comme source d'information contre 1994 en moyenne dans le groupe qui n'utilise pas internet ($p<0.001$). L'utilisation d'*Antibiocliv* selon l'année d'obtention du résultat de la thèse montre un résultat similaire ($p<0.001$, test de Wilcoxon) avec une médiane d'année d'obtention de la thèse dans le groupe utilisant *Antibiocliv* située en 2011 (contre 1993 dans le groupe qui ne l'utilisent pas). Il n'y en revanche pas de différence significative entre l'utilisation du site internet *Pilly* et l'année d'obtention du diplôme ($p=0.09$).
- En parallèle nous observons une différence significative entre l'utilisation de revues scientifiques et l'année d'obtention du diplôme ($p=0.001$), avec une année moyenne d'obtention du diplôme en 2004 pour ceux qui utilisent cette ressource versus 2008 dans le groupe qui ne les consultent pas. De même le groupe sensible aux interventions des laboratoires présente une médiane d'année d'obtention du diplôme en 1990 versus 2010 dans le groupe qui ne cite pas cette source d'information ($p=0.002$, test de Wilcoxon).
- Une différence significative est également observée concernant la participation au congrès selon l'année d'obtention de la thèse ($p=0.03$) avec une moyenne d'obtention de la thèse en 2003 dans le groupe qui la cite comme source d'information, versus 2007 dans le groupe qui ne l'utilise pas.

Il n'y a pas de différence entre l'année d'obtention du diplôme et la consultation de l'avis du spécialiste ($p=0.48$).

Année d'obtention de la thèse	Moyenne (ou médiane) dans le groupe utilisant la source	Moyenne (ou médiane) dans le groupe n'utilisant pas la source	p value (seuil $p < 0.05$)
Internet	2007.7	1994.5	p<0.001
- <i>antibiocllic</i>	2011	1993	P<0.001
- <i>Pilly</i>	2010	2007	p=0.08
Revues scientifiques	2004	2008.1	p=0.001
Congrès médicaux	2002.8	2006.6	p=0.036
Avis auprès du spécialiste	2006.7	2005.6	p=0.48
Intervention des laboratoires	1990	2010	p=0.002
Autre source d'information	2008.5	2009	p=0.52

Tableau n°5: Comparaison des sources d'informations utilisées selon l'année d'obtention de la thèse

Il n'y a pas de différence entre le mode d'exercice et le choix de la source d'information en matière d'antibiothérapie.

Concernant le milieu d'exercice, la seule différence significative observée ($p=0.018$) est une différence entre la sollicitation de l'avis du spécialiste et le milieu d'exercice des praticiens. En effet, les praticiens urbains et semi-ruraux sollicitent d'avantage l'avis du spécialiste que les ruraux.

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Cette étude réalisée dans le département d'Ille et vilaine (35) montre que les médecins généralistes savent s'adapter aux recommandations mais qu'il reste une part importante de prescriptions qui ne prennent pas en compte le risque d'antibiorésistance.

Les résultats de l'étude montre des prescriptions adaptées aux recommandations actuelles de la SPLIF pour la pneumopathie aiguë (10) en termes de choix de molécule (94 % d'Amoxicilline) et de durée (7 jours pour 63 %) des réponses. Dans l'article de Janvier 2016 proposant des durées d'antibiothérapie plus courtes, les résultats sont mêmes en faveur de durée encore plus courte (5jours) mais non recommandée à l'heure actuelle du fait d'un manque de données scientifiques solides, des études sont en cours sur le sujet. Enfin, si nous comparons avec une étude menée en Isère en 2017 par le Docteur Chloé HESLOT (11), concernant la durée de prescription dans la pneumopathie aiguë communautaire, on s'aperçoit que la durée de prescription a tout de même tendance à diminuer. En effet, l'étude pour laquelle la molécule choisie était l'Amoxicilline, retrouve une durée médiane à 8 jours (versus 7 dans notre étude), avec une proportion nettement plus importante 8 jours ou plus (62 % (88/141réponses) contre 23.6 % dans notre étude, avec une proportion importante (37 % soit 59/141) pour une durée de 10 jours.

Concernant la sinusite maxillaire aiguë, la situation est moins évidente. En termes de choix de molécule les recommandations de la SPILF de 2011 (12), privilégient l'Amoxicilline, mais la Pristinamycine reste une option tout à fait convenable. L'analyse montre que le choix de molécule épargne les antibiotiques critiques. La situation est plus complexe concernant la durée de prescription : En effet, les dernières recommandations de la SPILF restent sur une durée préconisée de 7 à 10 jours, ce qui laisse un intervalle trop important, allant du simple au double par rapport aux dernières informations. En effet, la fiche info antibio n°73 de la SPILF (7), basée sur l'article proposant des antibiothérapies plus courtes (8) préconise une durée raccourcie, de 5 jours. A noter également que le site internet *Antibiocliv*, très largement utilisé par les praticiens participant à l'étude, préconise toujours également une durée de 7 jours. Il

est donc difficile de conclure sur ce cas clinique, mais les résultats restent encourageants avec seulement 9.6 % des réponses pour une durée de 8 jours ou plus.

Le cas de la dermo-hypodermite aiguë montre une utilisation trop élevée d'antibiotiques critiques (16%), cependant les recommandations officielles de la SPILF (13) préconisent bien les pénicillines et en particulier l'Amoxicilline en première intention. Une première explication vient probablement de la méconnaissance des praticiens concernant les antibiotiques critiques. L'ANSM a défini une liste d'antibiotiques critiques (4)(5), dont la consommation est surveillée du fait de leur impact sur l'antibiorésistance (impact sur les flores commensales, pression de sélection exercée sur les bactéries). Les trois antibiotiques critiques les plus utilisés en médecine générale sont : les quinolones, bien connues des médecins généralistes pour leur impact sur la flore commensale urinaire notamment, mais aussi l'association Amoxicilline + Acide Clavulanique, et les Céphalosporines. Et en effet, dans une étude du Docteur Sandra LAUNAY (14), publiée en 2019, qui interroge les médecins généralistes de l'Ille-et-Vilaine (35), du Morbihan (56) et des côtes d'Armor (22) sur leur connaissances concernant l'antibiorésistance, les résultats montrent que si 91 % des praticiens reconnaissent que l'Ofloxacine est un antibiotique critique, seulement 75 % des sondés reconnaissent l'Augmentin® comme à risque, et la moitié (54.7 %) reconnaît la Ceftriaxone comme étant à risque. Or dans ce cas clinique, les antibiotiques critiques les plus prescrits sont effectivement l'Augmentin® (Amoxicilline + Acide Clavulanique) (13.6 %) et les Céphalosporines (2.6% des réponses). Cet argument est donc une première piste qui explique leur utilisation encore trop fréquente.

En terme de durée, là encore les recommandations sont claires pour une durée de 7 jours, et ce indépendamment de l'amélioration plus lente des signes locaux, qui ne sont pas un critère de prolongation de l'antibiothérapie. Or l'étude montre une moyenne à 9 jours, avec un volume de 57 % des réponses pour une durée de 8 jours ou plus. Dans le cas présent, le risque d'antibiorésistance est donc majoré. Pourtant les ressources comme la SPILF (13) ou *Antibiocliv*, recommande bien l'Amoxicilline en première intention avec une durée de 7 jours. Quelles sont alors les raisons d'un tel déséquilibre des réponses ? Il est vrai que l'érysipèle est une pathologie souvent diagnostiquée et traitée en visite, les praticiens n'auraient pas forcément accès aussi facilement à leurs sources d'informations...

Nous pouvons alors nous interroger sur les freins des médecins généralistes à réduire la durée de prescription. Dans l'étude réalisée par le Docteur Sandra LAUNAY (14), menée en 2018,

dans les départements du Morbihan (56), de L'Ille-et-Vilaine (35) et des côtes d'Armor (22), les résultats montraient que les médecins généralistes reconnaissaient que les prescriptions excessives, à posologie trop faible ou répétées étaient des facteurs d'antibiorésistance. En revanche, cette même étude montre que les praticiens indiquent qu'une durée courte d'antibiothérapie est selon eux, un facteur d'antibiorésistance (66% des réponses). Pourtant, les dernières recommandations, basées sur la méta-analyse « proposal for shorter antibiotherapies » parue en 2017 dans *Médecine et maladies infectieuses* (8), montrent bien que des durées plus courtes doivent être prescrites (étude basée sur des essais cliniques de non infériorité). L'apprentissage pendant la formation médicale se fait dans des référentiels qui indiquaient des durées de prescription avec des intervalles allant du simple au double (7 à 14 jours pour la dermo-hypodermite aiguë par exemple). A l'heure actuelle, les durées dans les recommandations sont simplifiées avec une durée unique de prescription (7 jours dans la dermo-hypodermite aiguë), parfois adaptée en fonction du contexte clinique si besoin, ou de la molécule choisie. La crainte de la non efficacité reste présente parmi les praticiens, pour lesquels l'enseignement préconisait d'utiliser une molécule à spectre large, avec une durée conséquente pour être efficace, avant que l'impact sur l'antibiorésistance ne remette en questions ces acquis.

Concernant les sources d'informations, la donnée la plus marquante est l'utilisation d'internet, et particulièrement du site *Antibiocliv*. Dans une thèse du Docteur Charles MOURICHON (15), une étude observationnelle réalisée dans la Somme (80) en 2015 montraient que seulement 5.6 % des médecins généralistes interrogés étaient influencés par cet outil. Visiblement en quatre ans, l'utilisation d'*Antibiocliv* s'est démocratisée en médecine ambulatoire. Pour rappel, *Antibiocliv* est un outil en ligne indépendant de toute industrie pharmaceutique, financé par l'université Paris DIDEROT et la SPILF (16). Facile d'utilisation, accessible à tous et régulièrement mis à jour à partir des données de la SPILF, *Antibiocliv* est donc un outil de choix, permettant de raisonner l'antibiothérapie en médecine ambulatoire.

2. Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude portant sur le département d'Ille et vilaine (35) montre un taux de réponse important (33%) qui permet d'avoir un large échantillon, et donne donc de la puissance à l'étude. Le fait d'avoir un questionnaire court permet de recruter plus de sujets. En contrepartie, les données sont limitées à quelques pathologies et à l'adulte uniquement, hors pour mesurer le phénomène d'antibiorésistance, il faudrait plus de situations cliniques.

Lors du recrutement, les professionnels motivés et sensibilisés au sujet ont plus facilement répondu, ce qui donne probablement une vision optimiste de la réalité.

De plus, des difficultés de compréhension du cas ou des subtilités cliniques n'étaient pas précisées et pouvaient induire à des prescriptions erronées, telles que : la suspicion d'un germe atypique dans la pneumopathie aiguë communautaire n'était pas formellement écartée, de même que l'origine dentaire possible de la sinusite aiguë maxillaire de l'adulte. Les médecins généralistes se sont tout de même placés dans le cas le plus commun, car aucune fluoroquinolone n'est prescrit dans la pneumopathie, alors qu'elle représente l'antibiothérapie de choix dans la pneumopathie à germe atypique.

Le fait d'étudier les prescriptions chez le sujet sain reste discutable, car en pratique courante les patients sont souvent polyopathologiques, mais permet toutefois d'éviter les critères de prescriptions différents, lié à l'insuffisance respiratoire dans la pneumopathie aiguë notamment qui rendent les résultats difficilement exploitables.

3. Perspectives

La reconnaissance et la diffusion des outils en ligne permettent un optimisme relatif sur l'évolution des prescriptions notamment auprès de la jeune génération, avec des perspectives d'amélioration des prescriptions pour le futur, avec des actualisations toujours plus régulières pour s'adapter au mieux aux dernières données épidémiologiques. En effet, l'étude montre que l'utilisation d'internet et particulièrement d'*Antibiocllic* est nettement corrélée à l'année d'obtention du diplôme des praticiens, ce sont donc des outils introduits dans la formation, qu'ils manipulent avec aisance. Les résultats secondaires observent bien une utilisation des outils en ligne par les praticiens plus jeunes, ce qui concorde avec cette observation. C'est une source d'information qui devient privilégiée par rapport aux revues scientifiques, qui restent

une source fiable, mais actualisée moins régulièrement sur un sujet donné tel que l'antibiorésistance. L'autre indicateur positif est la distance prise par les nouveaux médecins généralistes avec l'intervention des laboratoires, qui n'influencent plus leur prescription. Cela peut être rapproché avec le développement des formations universitaires sur le sujet, pour apprendre aux futurs médecins à être toujours plus vigilant sur leurs sources d'information, pour n'en conserver qu'une part objective et scientifique pure.

Cependant, cet optimisme reste à nuancer, car si l'on compare les prescriptions des médecins généralistes et les recommandations sur *Antibiocliv* au moment de la diffusion du questionnaire (octobre à novembre 2019), les prescriptions ne sont pas toutes en accord. Dans le cas de la pneumopathie, l'outil en ligne préconise l'Amoxicilline pour une durée de 7 jours (dernière actualisation juillet 2018), ce qui est effectivement prescrit par les praticiens. Dans la sinusite aiguë maxillaire de l'adulte, là encore l'Amoxicilline est recommandée pour une durée de 7 jours en première intention (dernière actualisation mars 2018), ce qui correspond aux résultats de l'étude, car le site *Antibiocliv*, ne prend pas en compte la fiche info antibio n°73 de la SPILF, qui réduit cette durée à 5 jours. C'est un argument qui peut expliquer que les praticiens qui ont confiance en cet outil ne réduisent pas leur durée de prescription.

Cependant, dans la dermo-hypodermite aiguë, l'Amoxicilline est là encore préconisée pour une durée de 7 jours (dernière mise à jour avril 2019). Dans ce cas présent pourtant, la durée de prescription moyenne est à 9 jours. On peut donc s'interroger sur ce résultat : les médecins généralistes consultent-ils l'outil pour toutes les affections ou seulement certaines pathologies ? Et dans le cas où ils le consultent, leur prescription suivent-elles ces recommandations ?

Le cas de la dermo-hypodermite aiguë reste spécifique car beaucoup de médecins se basent sur la disparition des signes cliniques généraux et locaux pour juger de l'efficacité de l'antibiothérapie. Or, les dernières recommandations précisent bien que les signes locaux régressent lentement en deux à trois semaines, alors que les signes généraux cèdent rapidement sous traitement. De fait, certains praticiens voient cette évolution lente comme un manque d'efficacité de leur traitement, ce qui les conduit probablement à prolonger sa durée, ou à utiliser des molécules à plus large spectre. Certains patients présentent également des affections (ORL, respiratoires ou cutanées) répétées, qui conduisent parfois à un

élargissement du spectre des antibiothérapies prescrites en première ligne. Or il n'y a pas d'indication à changer de traitement lors d'une récurrence si celui-ci a été efficace. D'autant que si les prescriptions sont conformes aux recommandations, l'Amoxicilline prescrite en première intention est justement l'antibiotique qui a le moins d'impact sur la flore commensale, et dont le risque d'apparition de germe résistant est moins présent que si l'on utilise justement les antibiotiques à spectres élargis (antibiotiques critiques tel que l'Amoxicilline +Acide Clavulanique ou les céphalosporines). Il est donc d'autant plus judicieux de le prescrire à nouveau. L'élargissement du spectre n'intervient qu'en cas d'échec de l'antibiothérapie au cours de l'affection. Et concernant la durée, il n'y a dans tous les cas, pas d'indication à une prolongation de la durée de prescription, qui n'apporte aucune efficacité supplémentaire (même sur la disparition des signes locaux).

Un autre point peut-être soulevé : l'alliance thérapeutique entre le médecin et son patient, et l'arrêt précoce de la prescription par le patient lui-même. Nous ne sommes pas sans savoir qu'une partie des patients interrompt leur traitement avant la fin de la durée prescrite et raccourcissent eux-mêmes la durée d'antibiothérapie. Dans une étude du Docteur Mathilde BONY (17), réalisée en 2017 à Angers (49) sur les facteurs liés à l'inobservance du traitement antibiotique par les patients, le premier facteur rapporté par les patients est la disparition des symptômes (48 %). L'étude montre également que si les patients connaissent le phénomène d'antibiorésistance, une minorité seulement se sent directement concernée. Lorsqu'un patient fait part à son praticien d'un arrêt précoce du traitement, celui-ci se veut souvent culpabilisant envers le patient, qui le voit comme un reproche. Mais en pratique, doit-on reprocher à un patient d'avoir arrêté précocement son traitement antibiotique si ses symptômes avaient complètement disparu ? Notre rôle de conseil est perfectible à ce sujet. L'évidence base médecine reste au centre de l'action en médecine générale, et de multiples évolutions ont lieu en médecine en adaptant les recommandations à la pratique. L'opinion publique a bien compris que la prescription d'antibiotique n'était pas systématique, grâce aux campagnes publiques, véhiculées dans les médias. Cependant, l'éducation du patient en cas d'indication posée par le généraliste à l'administration d'antibiotique peut être améliorée. Dans le cas présent, le rôle du praticien est d'informer son patient sur l'utilité et l'efficacité attendue du traitement. Mais pourquoi ne pas apprendre au patient à limiter lui-même sa durée de prescription en fonction de la disparition de ses symptômes ? Cela reste une perspective à

envisager, tout en mesurant les dérives possibles à éviter (risque d'automédication à distance de l'épisode, capacité de compréhension et d'adaptation du patient) et en lui précisant les motifs de nouveau recours. Le patient serait alors lui-même acteur de la lutte contre l'antibiorésistance, au cœur du plan d'action.

CONCLUSION

La tendance générale de cette étude réalisée dans le département d'Ille-et-Vilaine (35) montre une diminution de la durée de prescription, et une utilisation appropriée des antibiotiques pour éviter les risques d'antibiorésistance, notamment dans la pneumopathie aiguë communautaire et la sinusite aiguë. Des efforts restent cependant à faire, car dans le cas de la dermo-hypodermite aiguë par exemple, où les antibiotiques critiques restent trop utilisés, et la durée de prescription trop longue. L'utilisation importante des outils de prescription en ligne tel qu'*Antibiocliv* ou la consultation du site d'infectiologie.com permet de raisonner l'antibiothérapie, avec une actualisation régulière des données.

Même si cette étude montre une évolution positive des prescriptions, de nombreux efforts et améliorations restent à prévoir pour diminuer le risque d'antibiorésistance. Plusieurs leviers sont encore possibles, tant dans l'amélioration des pratiques que de l'éducation des patients, et des moyens diagnostiques pour utiliser au mieux cette ressource. Le patient peut lui-même devenir acteur de ce changement, en lien direct avec son praticien.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization, editor. Antimicrobial resistance: global report on surveillance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. 232 p
2. Review on antimicrobial resistance. TACKLING DRUG-RESISTANT INFECTIONS GLOBALLY : Final report and recommandations. 2016.
3. Ministère chargé de la santé. Plan national d’alerte sur les antibiotiques 2011-2016. 2011 nov.
4. Santé publique France, Direction de la communication,, Unité de valorisation scientifique. CONSOMMATION D’ANTIBIOTIQUES ET RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES EN FRANCE : UNE INFECTION ÉVITÉE, C’EST UN ANTIBIOTIQUE PRÉSERVÉ ! 2018 nov.
5. Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Caractérisation des antibiotiques considérés comme critiques. Nov 2013;16.
6. Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Liste des antibiotiques critiques, actualisation 2015, Février 2016.
7. Info-antibio N°73: mars 2017- Propositions de la SPILF pour des antibiothérapies plus courtes- En ligne. <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2017-mars.pdf>
8. Wintenberger, C., B. Guery, E. Bonnet, B. Castan, R. Cohen, S. Diamantis, P. Lesprit, et al. “Proposal for Shorter Antibiotic Therapies.” *Médecine et Maladies Infectieuses* 47, no. 2 (March 1, 2017): 92–141. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.007>.
9. Philippe Cavalié et Alia Djeraba, L’évolution des consommations d’antibiotiques en France entre 2000 et 2013, ANSM, novembre 2014.
10. SPLIF, Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l’adulte : Mise au point. 2010. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/ documents/consensus/2010-infVRB-spilf-afssaps.pdf>
11. HESLOT C. Durée d’antibiothérapie proposée par les médecins généralistes pour le traitement des pneumonies aiguës communautaires [Thèse d’exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
12. SPILF. Infections respiratoires hautes : recommandations. 2011. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-princ-messages.pdf>
13. SPLIF, Haute autorité de Santé (HAS). Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes : recommandations. 2019. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/2019-prise-en-charge-des-infections-cutanees-bacteriennes-courantes-recommandations.pdf>

14. LAUNAY S. Connaissances et pratiques des médecins généralistes face au phénomène de l'antibiorésistance. [Thèse d'exercice], février 2019
15. MOURICHON C. Antibiotiques et médecine générale : Perceptions du phénomène de résistance bactérienne et pistes d'amélioration de la prescription d'antibiotique étude observationnelle dans le département de la somme. Amiens, 2016
16. . Antibiocllic : À Propos [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://antibiocllic.com/a-propos>
17. BONY M. Etude de l'observance d'une antibiothérapie en médecine générale à Angers. Angers; 2018.
18. JEANMOUGIN P. ANTIBIOCLIC : outil en ligne d'aide à la prescription antibiotique pour une antibiothérapie rationnelle en soins primaires. [thèse pour le diplôme de Docteur en médecine]. Paris VII; 2011.
19. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJC, Hicks LA, et al. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *Clinical Infectious Diseases*. 15 avr 2012;54(8):e72-112.
20. Volluz SD, Abbet P, Troillet N. Quelle est la durée optimale de l'antibiothérapie pour les infections fréquentes ? *Revue médicale Suisse (RMS)*. 2010;6(266):5.
21. Falagas ME, Karageorgopoulos DE, Grammatikos AP, Matthaiou DK. Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials. *Br J Clin Pharmacol*. févr 2009;67(2):161-71.
22. Hepburn MJ, Dooley DP, Skidmore PJ, Ellis MW, Starnes WF, Hasewinkle WC. Comparison of short-course (5 days) and standard (10 days) treatment for uncomplicated cellulitis. *Arch Intern Med*. 9 août 2004;164(15):1669-74.
23. BENOIT BARDOUL C. Analyse de l'adéquation de l'antibiothérapie mise en place par l'omnipraticien dans l'érysipèle, vis-à-vis des Recommandations. Angers; 2017.
24. Santé publique France. Antibiorésistance : une menace mondiale, des conséquences individuelles. 2019 nov. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/SPF00001410

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire diffusé en ligne sur Limesurvey

Etat des lieux des prescriptions d'antibiotiques chez l'adulte en médecine ambulatoire pour trois pathologies courantes (Sinusite aiguë, pneumopathie aiguë communautaire et Dermo-hypodermite aiguë).

Bonjour, interne en médecine générale à Rennes je vous sollicite dans le cadre de mon travail de Thèse.

Voici donc un questionnaire avec 3 cas cliniques, permettant de réaliser un état des lieux de la prescription d'antibiotiques chez l'adulte.

Ce questionnaire est anonyme, destiné aux médecins généralistes d'Ille-et Vilaine.

Merci du temps que vous accordez à mon travail.

Lise HERCOUËT.

Information importante : Dans chaque cas clinique, nous sommes basé sur une pathologie survenant chez un Sujet adulte Sain, sans antécédent majeur ni comorbidité majeure, ni notion d'allergie médicamenteuse.

Il y a 11 questions dans ce questionnaire.

Ce questionnaire est anonyme.

Données démographiques

Quelques questions usuelles pour commencer :

1/ Vous êtes..

- Un homme
- Une femme

2/ Quel est votre milieu d'exercice ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

3/ Quel est votre mode d'exercice ?

- Seul
- Cabinet de groupe
- Maison de Santé

4/ Quel est l'année d'obtention de votre Doctorat/thèse ?

Valeur numérique : [ex : 1999]

Cas clinique n°1 : Vous diagnostiquez une pneumopathie aiguë communautaire chez un patient.

A/ Quelle molécule prescrivez-vous pour traiter ce patient ?

- Une céphalosporine
- Un macrolide
- Une pénicilline
- Une quinolone
- Autre : précisez

B/ (s'affiche uniquement si sélection de la réponse PENICILLINE à la question précédente) :
Quelle est la pénicilline que vous choisissez :

- Amoxicilline
- Amoxicilline + Acide Clavulanique
- Autre

C/ Pour quelle durée ? (en nombre de jours)

- questions à choix simple : possibilité de cocher une durée entre 3 et 14 jours

Cas clinique n° 2 : Un patient présente une sinusite aiguë maxillaire.

A/ Quelle molécule prescrivez-vous pour traiter ce patient ?

- Une céphalosporine
- Un macrolide
- Une pénicilline
- Une quinolone
- Autre : précisez

B/ (s'affiche uniquement si sélection de la réponse PENICILLINE à la question précédente) :
Quelle est la pénicilline que vous choisissez ?

- Amoxicilline
- Amoxicilline + Acide Clavulanique
- Autre

C/ Pour quelle durée ? (en nombre de jours)

- questions à choix simple : possibilité de cocher une durée entre 3 et 14 jours

Cas clinique n° 3 : Vous recevez une patiente pour un tableau de Jambe rouge douloureuse aiguë : tableau d'hypodermite Aiguë (Erysipèle).

A/ Quelle molécule prescrivez-vous pour traiter ce patient ?

- Une céphalosporine
- Un macrolide
- Une pénicilline
- Une quinolone
- Autre : précisez

B/ (s'affiche uniquement si sélection de la réponse PENICILLINE à la question précédente) :
Quelle est la pénicilline que vous choisissez ?

- Amoxicilline
- Amoxicilline + Acide Clavulanique
- Autre

C/ Pour quelle durée ? (en nombre de jours)

- questions à choix simple : possibilité de cocher une durée entre 3 et 14 jours

Sources d'informations :

A/ Concernant vos prescriptions d'antibiotiques, Quelles sont vos sources pour mettre à jour vos connaissances ?

- Internet
- Congrès médicaux
- Intervention des laboratoires
- Revues médicales et scientifiques
- Avis du spécialiste de secteur
- Autre : précisez

B/ (NE s'affiche que si l'option INTERNET a été sélectionnée) Si vous avez répondu Internet à la question précédente, précisez un ou plusieurs sites que vous consultez pour trouver vos sources d'informations ?

Réponse libre

Merci d'avoir pris quelques minutes de votre temps pour répondre à mon questionnaire !

Cordialement,

Lise HERCOUET.

Annexe 2 : Fiche info antibio n°73 de la SPLIF

Info-antibio N°73: mars 2017

Lettre mensuelle d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur ce [lien](#)

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Propositions de la SPLIF pour des antibiothérapies plus courtes

Extrait d'un document rédigé par le Groupe Recommandations de la SPLIF et basé sur la littérature récente. Il propose des durées d'antibiothérapie raccourcies pour les situations simples, en particulier en choisissant la borne basse de la fourchette lorsque des intervalles sont proposés dans les recommandations initiales.

Document intégral, en PDF et en anglais, pour les abonnés à MMI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.007>

Infections respiratoires hautes

- 5 jours: - Otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant à partir de l'âge de 2 ans, non récidivantes, sans otorrhée
 - Sinusite maxillaire de l'adulte
- 6 jours: Angine à Streptocoque du groupe A traitée par amoxicilline
- 10 jours: - OMA de l'enfant < 2 ans, ou récidivante, ou avec otorrhée
 - Sinusite maxillaire de l'enfant
 - Sinusite frontale

Infections respiratoires basses.

- 5 jours: - Exacerbations de BPCO
 - Pneumonies communautaires de l'enfant
 - 7 jours: Pneumonies communautaires de l'adulte.
- Une évolution clinique et/ou biologique favorable pourrait permettre de réduire la durée de traitement (3-5 jours), cependant les données de la littérature restent encore insuffisantes. Des études sont en cours.

Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BLC)

- 5 jours: BLC à staphylocoque coagulase négative, après retrait du cathéter
 - 7 jours: BLC à streptocoques, entérocoques et BGN, après retrait du cathéter
 - 10 jours (+ verrou local antibiotique): BLC si cathéter laissé en place, SAUF *S. aureus*
 - 14 jours: BLC à *S. aureus*, après retrait du cathéter
 - 21 jours: thrombophlébite supprimée
- Si localisation 2ndaire ou endocardite infectieuse, la durée peut être modifiée

Bactériémies primaires non compliquées.

En l'absence d'endocardite infectieuse et de localisation secondaire

- 5 jours: staphylocoques à coagulase négative, streptocoques oraux
- 7 jours: entérobactéries, entérocoques
- 10 jours: bacilles à Gram négatif non fermentants
- 14 jours: *S. aureus* et *S. lugdunensis*.

Endocardites infectieuses (hors chirurgie) et infections de stimulateurs implantables (pace-maker = PM) et défibrillateurs (DAI).

- 1 semaine: - bactériémie non compliquée sur PM ou DAI explantés, sauf *S. aureus*
 - 2 semaines:
 - bactériémie non compliquée sur PM ou DAI explantés à *S. aureus*
 - EI à streptocoque péni-S, si association Bactamine + aminoside
 - 4 semaines:
 - EI sur valve native non compliquée
 - EI sur PM ou DAI explantés
 - 6 semaines:
 - EI sur valve prothétique
 - bactériémie sur PM ou DAI non explantables
- EI = endocardite infectieuse. Si localisation 2ndaire, la durée peut être modifiée

Méningites bactériennes

- 5 jours: - méningite à *N. meningitidis*
- 7 jours: - méningite à *H. influenzae* ou à *S. pneumoniae*
- 14 jours: - méningite à *S. agalactiae*
- 21 jours: - méningite à *L. monocytogenes* ou à BGN (hors *H. influenzae*)

Infections de la peau et des tissus mous

- 3 jours: infections cutanées superficielles (quand un antibiotique est indiqué)
- 5 jours: traitement préemptif en cas de morsure par un animal
- 7 jours: dermo-hypodermite bactériennes, dont érysipèle, infections de plaie et abcès cutanés étendus (surface de la lésion > 75 cm²).

Infections intra-abdominales (IIA):

- ≤ 24 heures: - Perforation digestive opérée,
 - Appendicite opérée non perforée,
 - Cholécystite opérée dans les 24 heures, non compliquée
 - 3 jours: - Péritonite communautaire localisée opérée ou drainée*
 - Angiocholite drainée
 - Diarrhée aiguë nécessitant une antibiothérapie
 - 4 jours: Péritonite communautaire généralisée opérée ou drainée*
 - 5 jours: - Infection de liquide d'ascite, communautaire
 - Fièvre typhoïde (si azithromycine)
 - 8 jours: - Péritonites postopératoires si le traitement antibiotique probabiliste est actif sur les germes isolés en peropératoire
 - 10 jours: Infection à *Clostridium difficile* toxigène
- * contrôle de la source de l'infection

Infections urinaires

- 1 jour (dose unique): cystite aiguë simple (fosfomycine trométamol)
- 3 jours: cystite aiguë sur sonde urinaire
- 5 jours: - cystite aiguë simple (pivmécilline ou nitrofurantoïne)
 - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
- 7 jours: - cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins (antibiotique autre que cotrimoxazole ou fluoroquinolone)
 - pyélonéphrite aiguë (fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable)
- 10 jours: pyélonéphrite aiguë grave et/ou à risque de complication et/ou associée aux soins et/ou antibiotique autre que fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable.
- 14 jours: infection urinaire masculine (cotrimoxazole ou fluoroquinolone) communautaire ou associée aux soins

Infections génitales hautes et infections sexuellement transmises.

- Dose unique: urétrite et cervicite (ceftriaxone 500 mg IM + azithromycine 1 g per os)
- 10 jours: Infections génitales hautes non compliquées (alternative : ceftriaxone 500 mg IM dose unique + azithromycine per os 1g 2 prises à 7 jours d'intervalle)
- 14 jours : Infections génitales hautes compliquées (abcès tubo-ovariens, pelvi-péritonite)

Infections ostéo-articulaires

- 6 semaines:
 - infections sur matériel prothétique ostéo-articulaire (la prise en charge des cas complexes est à discuter avec le centre de référence des infections ostéo-articulaires complexes)
 - spondylodiscite (hors matériel d'ostéosynthèse)
 - ostéo-arthrite sur pied diabétique sans prise en charge chirurgicale

Neutropénie fébrile

Durées à retenir:

- 3 jours: si absence de documentation clinique et microbiologique
 - et absence de signes de gravité
 - et patient stable
 - et apyrexie depuis 48 heures
 - et surveillance de 48h en milieu hospitalier si persistance de la neutropénie (reprise immédiate de l'antibiothérapie si reprise de la fièvre)
 - 7 jours: si documentation microbiologique*
 - et apyrexie de plus de 4 jours
 - et éradication microbiologique
 - et résolution des signes cliniques d'infection
- * Durée à adapter au pathogène isolé et au foyer éventuel

Médecine et
maladies infectieuses

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques

Recommandations sur les ATB: infectiologie.com. ATB rationnelle en soins primaires: antibioclin.com. ANSM : AMM des ATB, surveillance des effets indésirables. [Site sur les ATB](#) du Ministère de la Santé. Évaluation des pratiques : [HAS](#) - [SPILE](#). Sites régionaux d'information sur les ATB : [Lorraine](#) - [Nord Pas de Calais](#) - [Pays de la Loire](#)Un service du journal *Médecine et Maladies Infectieuses* & de la SPLIF (Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française), membre de la Fédération Française d'Infectiologie. Rédigé par le Dr S. Alfandari.

HERCOUET, Lise.- Etat des lieux de la prescription d'antibiothérapie chez l'adulte dans le cadre de trois pathologies courantes : pneumopathie aiguë communautaire, sinusite aiguë et dermo-hypodermite aiguë.

44 feuilles. 10 graphiques, 5 tableaux. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2020 ; N°.

Résumé français

Introduction : L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des prescriptions des antibiothérapies en termes de choix de molécule de primo prescription et de durée d'antibiothérapie dans le cadre de trois pathologies courantes en médecine ambulatoire : pneumopathie aiguë communautaire, sinusite aiguë et dermo-hypodermite aiguë. **Méthode :** Etude observationnelle auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine (35) par questionnaire en ligne (taux de réponse 33%). **Résultats :** Si la majorité des prescriptions montre que les praticiens évitent les antibiotiques critiques, ils restent tout de même prescrits en proportion importante dans certains cas (16 % dans la dermo-hypodermite aiguë). La durée de prescription de l'antibiothérapie respecte les recommandations dans la pneumopathie aiguë (7 jours), mais peut être optimisée dans la sinusite aiguë ainsi que dans la dermo-hypodermite aiguë. L'utilisation des outils de prescription en ligne s'est démocratisée en médecine ambulatoire, permettant de belles perspectives d'évolution pour améliorer les prescriptions. **Conclusion :** Plusieurs actions sont possibles pour optimiser au mieux les prescriptions d'antibiothérapie en médecine ambulatoire et limiter leur impact sur l'antibiorésistance.

Résumé anglais

Introduction. The objective of this study is to evaluate the practice of general practitioners about their choices in antibiotherapy (choice of treatment and antibiotic duration) to treat three common pathologies in ambulatory medicine: community-acquired pneumonia, maxillary sinusitis, and cellulitis. **Material and method.** A questionnaire was sent by email to general practitioners from Ille-et-Vilaine. We collected 250 responses (33 %). **Results:** If most of the prescriptions shows that practitioners avoid critical antibiotics, they are still too much used for some affections (16% for skin an soft tissue infections). General practitioners follow the recommendations about antibiotic duration for acute pneumonia (7 days) but the antibiotic duration can still be optimized for acute sinusitis and cellulitis. The use of online tools is becoming more and more common in primary care, which suggests good prospects for improving prescriptions. **Conclusion:** Several actions are possible to optimize antibiotic prescriptions in primary care and to limit their impact on antimicrobial resistance

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Antibiorésistance – durée d'antibiothérapie – pneumopathie aiguë – sinusite aiguë – dermo-hypodermite aiguë

Mots-clés anglais MeSH : antimicrobial resistance – antibiotic duration – community-acquired pneumonia - maxillary sinusitis - cellulitis

JURY :

Président : Monsieur Pierre TATTEVIN

Assesseurs : M BEUNEUX Frédéric [directeur de thèse]

M REVEST Matthieu

M MENER Eric