



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Contenu métier DataSet Antibiothérapie des infections respiratoires hautes

Validé par le Collège de la HAS : 22 juillet 2015

Table des matières

RAPPEL DES PRINCIPES DES DATASETS DE BONNES PRATIQUES (BSBP).....	3
Contexte	5
1 Contenu métier DataSet antibiothérapie dans les infections respiratoires hautes	7
1.1 Objectifs.....	7
1.2 Les données du DataSet antibiothérapie dans les infections respiratoires hautes	7
1.2.1 Liste des Mémos.....	7
1.2.2 Implémentation dans le cadre d'interopérabilité	8
1.3 Les mémos	8
1.3.1 Angine.....	9
1.3.2 Sinusites	13
1.3.3 Otites moyennes aiguës	16
1.4 Les fiches patient.....	19
2 Groupe de travail	21
3 Avis des parties prenantes	21

RAPPEL DES PRINCIPES DES DATASETS DE BONNES PRATIQUES (DSBP)

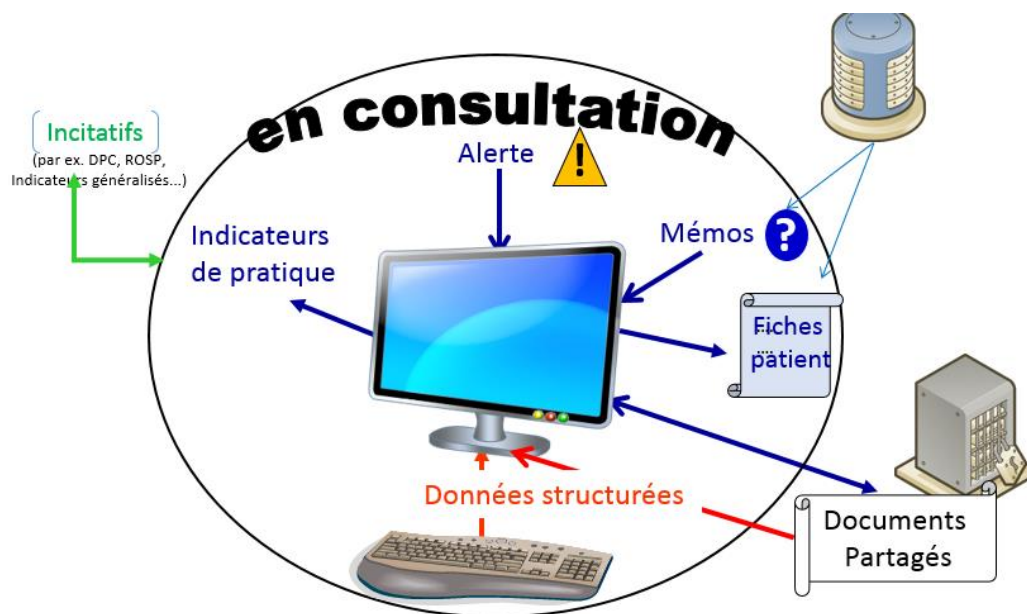
Enjeux : structurer/standardiser un minimum de données dans les logiciels métiers

- ✓ Pour être en capacité d'utiliser les données recueillies au cours des soins
- ✓ Afin de soutenir la pratique des professionnels :
 - accéder aux éléments de bonne pratique en cours de consultation (mémos, alertes)
 - coordonner les soins entre les différents acteurs (échange et partage de données)
 - avoir un feed back sur les prises en charge (indicateurs)

La composition des DataSets de bonne pratique

Les DataSets de bonne pratique comprennent :

- La définition des données cliniques à structurer dans le logiciel, des mémos et des alertes ainsi que des indicateurs de pratique clinique.
- Les spécifications techniques relatives à ces objets pour permettre leur intégration dans les logiciels métiers dans le cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.



Les données à structurer

Pour un épisode de soins critique concernant un thème (pathologie/situation) donné, il s'agit d'identifier les 3 à 5 données clés de la prise en charge de la majorité des patients

- aisées à renseigner de façon structurée dans le flux de la consultation (déjà présente ou pouvant servir à d'autres usages, par ex. âge, poids, sexe, statut tabagique...)
- utiles au professionnel de santé pour ses prises de décision
- utiles à partager avec d'autres professionnels de santé (via le DMP) (points critiques)
- utiles pour appeler des mémos ou générer des alertes
- utiles pour mesurer des indicateurs de pratique clinique
- utiles pour identifier des sous populations

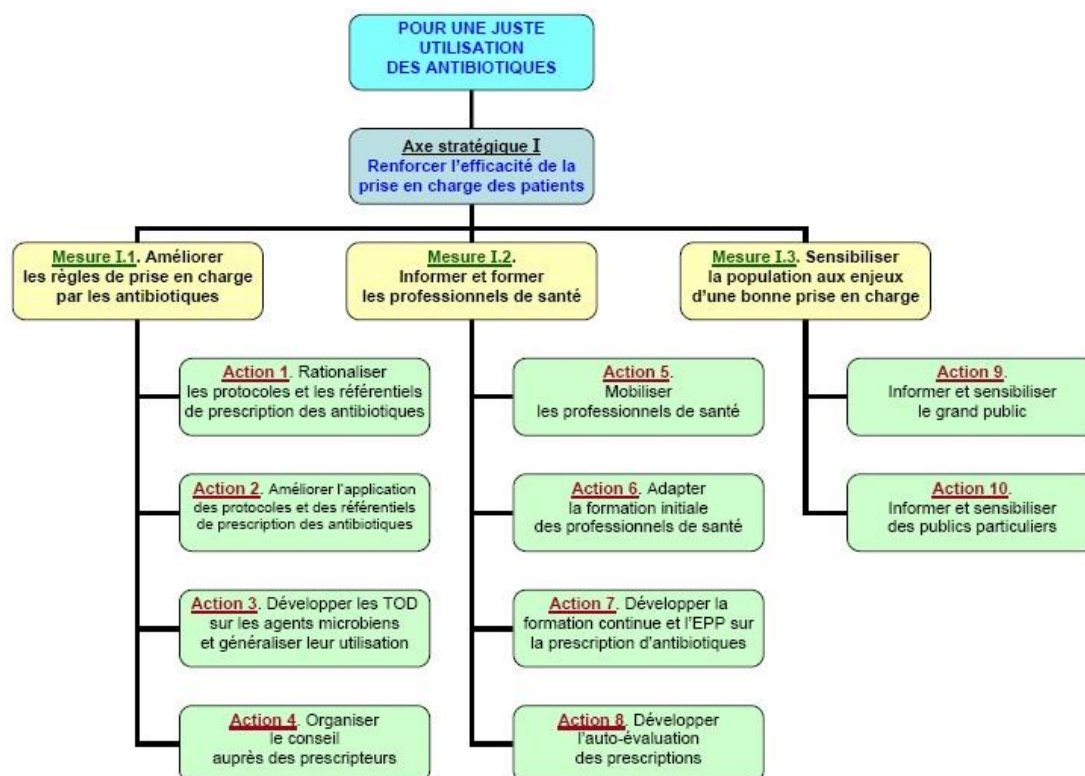
Les préalables / conditions de réussite

- Cibler des épisodes de soins critiques pour lesquelles il existe une variabilité et une dispersion significatives des pratiques ainsi que des recommandations de bonne pratique.
- Être faciles à utiliser en cours de consultation (s'appuyer sur un nombre minimal de données à structurer),
- Apporter une plus-value immédiate pour les professionnels,
- S'intégrer dans les dispositifs incitatifs proposés aux professionnels : structuration des parcours, financements...

Contexte

Situation/Contexte

Ce DataSet s'inscrit dans le cadre du « Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 », qui a pour objectif de lutter contre le développement des résistances aux antibiotiques et contre le nombre croissant de situations d'impasse thérapeutique rencontrées. Ce troisième Plan antibiotique s'articule autour de trois axes stratégiques : renforcer l'efficacité de la prise en charge des patients, préserver l'efficacité des antibiotiques existants, promouvoir la recherche. La demande de la DGS relative au DataSet s'inscrit dans l'axe stratégique I



Enjeux

➤ Réduire la prescription inappropriée d'antibiotiques dans les infections respiratoires hautes.

Selon le rapport de l'ANSM *Évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013* publié en novembre 2014 : la consommation des antibiotiques entre 2000 et 2013, a baissé de **10,7%**, mais elle a augmenté de **5,9%** depuis 2010

➤ Il existe des potentiels d'amélioration. Le rapport de l'ANSM ci-dessus souligne que les affections des voies respiratoires étaient à l'origine de 7 prescriptions sur 10. Les maladies virales (bronchites, rhinopharyngites ou syndromes grippaux) représentaient 28 % des motifs de prescription pendant la période mars 2011 à février 2012, confirmant ainsi que la part des consommations non justifiées demeure importante (Source : données des baromètres de prescription (IMS Heath)). Ce rapport souligne que, même en l'absence de toute autre mesure, une réduction importante de l'usage des antibiotiques serait obtenue si la proportion d'antibiotiques prescrits pour des maladies d'origine virale était diminuée de moitié.

Composition du groupe de travail

Conformément à la méthode des DataSets de Bonnes Pratiques, l'élaboration du contenu métier s'appuie sur un groupe de travail qui sera composé d'experts Infectiologues, ORL, pédiatre, médecins généralistes.

Référentiels scientifiques

Le DataSet sera élaboré à partir :

- des mémos de l'assurance maladie de novembre 2012 (mis à jour août 2013) :
 - Antibiothérapie chez l'adulte après avis de la HAS conformément aux avis de la transparence sur les différents produits ;
 - Antibiothérapie chez l'enfant après avis de la HAS conformément aux avis de la transparence sur les différents produits ;
- de la recommandation de la SPILF de novembre 2011 : *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes* ;
- des avis de la transparence concernés ;
- la fiche mémo de la HAS sur l'antibiothérapie en général.

1 Contenu métier DataSet antibiothérapie dans les infections respiratoires hautes

1.1 Objectifs

Réduire la prescription inappropriée d'antibiotiques chez l'enfant et l'adulte dans :

- Angine aiguë
- Sinusite
- Otite

1.2 Les données du DataSet antibiothérapie dans les infections respiratoires hautes

- RESPIRATOIRE
 - Angine à streptocoque
 - Angine virale
 - Sinusite aiguë
 - Sinusite maxillaire aiguë
 - Rhinopharyngite aiguë [rhume banal]
 - Infection des voies respiratoires supérieures, sans précision
- OREILLE
 - Otite moyenne aiguë suppurée
 - Otite moyenne non suppurée

1.2.1 Liste des Mémos

Diagnostic	âge	Liste des mémos ou fiche patient
Angine à streptocoque	> 15 ans	Angine à streptocoque : Traitement de 1re intention _ Adulte > 15 ans
	Enfant de 3 à 15 ans	Angine a streptocoque : traitement de 1re intention _ Enfant de 3 à 15 ans
	< 3 ans	Angine chez enfant < 3 ans : traitement de 1re intention
Angine virale	> 15 ans	Angine virale : traitement de 1re intention _ Adulte > 15 ans
	Enfant de 3 à 15 ans	Angine virale : traitement de 1re intention _ Enfants de 3 à 15 ans
	< 3 ans	Angine chez enfant < 3 ans : traitement de 1re intention
		Fiche patient angine virale
Sinusite maxillaire aiguë	> 15 ans	Sinusite maxillaire aiguë purulente : traitement de 1re intention _ Adulte > 15 ans
	≤15 ans	Sinusite maxillaire aiguë : traitement de 1re intention _ Enfant ≤ 15 ans
Sinusite aiguë	≤ 15 ans	Sinusite aiguë ethmoïdale, sphénoïdale : hospitalisation _ Enfant ≤ 15 ans

Otite moyenne aiguë suppurée	> 15 ans	Otite moyenne aiguë purulente : traitement de 1re intention _ Adulte > 15 ans
	2 à 15 ans	Otite moyenne aiguë purulente : traitement de 1re intention _ Enfant de 2 ans à 15 ans
	> 3 mois ET < 2 ans	Otite moyenne aigue purulente : traitement de 1re intention _ Enfant de plus de 3 mois et de moins de 2 ans
Otite moyenne non suppurée		Fiche patient Otite aiguë
Rhinopharyngite aiguë [rhume banal]		Fiche patient Rhinopharyngite

1.2.2 Implémentation dans le cadre d'interopérabilité

Les données de ce DataSet n'ont pas vocation à être échangées et partagées entre professionnels de santé, s'agissant de données relatives à des épisodes de soins aigus sans impact a priori sur la prise en charge à long terme des patients.

La structuration des données selon les terminologies de référence vise ici à pouvoir appeler les mémos et suivre des indicateurs de pratique clinique.

1.3 Les mémos

Les mémos porteront sur les diagnostics posés en consultation et codés avec la CISP2 et la CIM 10. Étant entendu que les professionnels n'iront pas chercher les diagnostics dans la CIM 10 complète, les éditeurs faciliteront l'accès au bon code via, par exemple, un menu déroulant proposant les diagnostics sélectionnés préalablement en CISP2 et CIM10.

1.3.1 Angine

Le fait de renseigner Angine à streptocoque ou angine virale dans le champ diagnostic devra amener l'ouverture d'un champ « test diagnostic rapide » avec le jeu de valeur suivant : positif / négatif / non fait / non fait car score Mc Isaac < 2 / non applicable. Le résultat devra pouvoir être pris en compte dans les indicateurs de pratique clinique.

1.3.1.1 Mémo Angine à streptocoque chez l'adulte

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Angine à streptocoque
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge > 15 ans
- Contenu

Contexte : adulte > 15 ans

Remarque : posologie établie pour un adulte à fonction rénale normale

ANGINE À STREPTOCOQUE : Traitement de 1re intention

Devant une angine **ERYTHEMATEUSE OU ERYTHEMATO-PULTACEE** :
pratiquer un test de diagnostic rapide (TDR) chez les adultes ayant un score de Mac-Isaac $\geq 2^*$:

- **seul un TDR positif confirme l'étiologie à streptocoque du groupe A (SGA) et justifie du schéma antibiotique proposé ci-après ;**
- un TDR négatif ne justifie pas de contrôle supplémentaire par culture, ni de traitement antibiotique

**Score Mac-Isaac : Fièvre > 38°C = 1 ; Absence de toux = 1 ; Adénopathies cervicales sensibles = 1 ; Atteinte amygdalienne (volume ou exsudat) = 1 ; Âge 15 à 44 ans = 0, ≥ 45 ans = -1*

1. Traitement recommandé

Amoxicilline : 1g x 2 /j pendant 6 jours

2. En cas d'allergie certaine aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Céfuroxime axétil : 250 mg x 2 /j pendant 4 jours

ou Céfotiam Hexétil : 200 x 2 /j pendant 5 jours

ou Cefpodoxime proxétil : 100 mg x 2 /j pendant 5 jours

3. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines

Josamycine : 1 g x 2 /j pendant 5 jours

ou Clarithromycine : 250 mg x 2 /j pendant 5 jours

Ou Azithromycine : 500 mg en une prise/j pendant 3 jours

*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013, p.2
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*

1.3.1.2 Mémo Angine à streptocoque chez l'enfant de 3 à 15 ans

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Angine à streptocoque
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge \geq 3 ans et \leq 15 ans
- Contenu

Contexte : enfants de 3 à 15 ans

Remarque : posologie établie pour un enfant à fonction rénale normale

ANGINE A STREPTOCOQUE : traitement de 1^{re} intention

Devant une angine **ERYTHEMATEUSE OU ERYTHEMATO-PULTACEE** :

- pratiquer un test de diagnostic rapide (TDR) chez tous les enfants à partir de 3 ans :
- **seul un TDR positif confirme l'étiologie à streptocoque du groupe A (SGA) et justifie** du schéma antibiotique proposé ci-après ;
 - un TDR négatif ne justifie pas de contrôle supplémentaire par culture, ni de traitement antibiotique.

1. Traitement recommandé

Amoxicilline : 50 mg/kg/j en 2 prises pendant **6 jours** (sans dépasser 2 g/jour)

2. En cas d'allergie certaine aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Cefpodoxime proxétil : 8 mg/kg/j en 2 prises (soit 1 dose poids x 2 /j) pendant 5 jours (sans dépasser 200 mg/j)

3. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines

Josamycine : 50 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours (sans dépasser 2 g/j)

OU Clarithromycine : 15 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours (sans dépasser 500 mg/j)

OU Azithromycine : 20 mg/kg/j en 1 prise pendant 3 jours (sans dépasser 500 mg/j)

*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013, p.1
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*

1.3.1.3 Mémo Angine à streptocoque chez l'enfant < 3 ans

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Angine à streptocoque
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge < 3 ans
- Contenu :

Contexte : enfant < 3 ans

ANGINE chez enfant < 3 ans : traitement de 1re intention

Pas d'antibiothérapie

Pas de test de diagnostic rapide (TDR)

NB : l'angine à SGA est plus rare et ne se complique pas de complication immunologique

(NB: modifier le diagnostic en angine virale)

*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013, p.1
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*

1.3.1.4 Mémo Angine virale chez adulte > 15 ans

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Angine virale
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge > 15 ans
- Contenu

Contexte : adulte > 15 ans

ANGINE VIRALE : traitement de 1re intention

Devant une angine **ERYTHEMATEUSE OU ERYTHEMATO-PULTACEE** :
pratiquer un test de diagnostic rapide (TDR) chez les adultes ayant un score de Mac-Isaac $\geq 2^*$:

- un TDR négatif ne justifie pas de contrôle supplémentaire par culture, ni de traitement antibiotique

**Score Mac Isaac :*

Fièvre > 38°C = 1 ; Absence de toux = 1 ; Adénopathies cervicales sensibles = 1 ; Atteinte amygdalienne (volume ou exsudat) = 1 ; Âge 15 à 44 ans = 0, ≥ 45 ans = -1

Angine virale : PAS d'antibiothérapie

*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013, p.2
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*

1.3.1.5 Mémo Angine virale chez enfant de 3 à 15 ans

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Angine virale

- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge ≥ 3 ans et ≤ 15 ans
- Contenu

Contexte : enfant de 3 à 15 ans

ANGINE VIRALE : traitement de 1re intention

Devant une angine **ERYTHEMATEUSE OU ERYTHEMATO-PULTACEE** :
pratiquer un test de diagnostic rapide (TDR) chez tous les enfants à partir de 3 ans :
- un TDR négatif ne justifie pas de contrôle supplémentaire par culture, ni de traitement antibiotique

Angine virale : PAS d'antibiothérapie

*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#). août 2013. p.1
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*

1.3.1.6 Mémo Angine virale chez enfant < 3 ans

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Angine virale
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge < 3 ans
- Contenu

Contexte : enfant < 3 ans

ANGINE chez enfant < 3 ans : traitement de 1re intention

Pas d'antibiothérapie

Pas de test de diagnostic rapide (TDR)
Le diagnostic le plus probable est une angine virale

*Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#). août 2013. p.1
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS*

1.3.1.7 Indicateurs de pratiques cliniques envisageables relatifs à la prise en charge de l'angine

- Taux de test de diagnostic rapide (TDR) positif pour angine à streptocoque ET antibiotique
- Taux de prescription d'amoxicilline parmi les antibiotiques prescrits pour un diagnostic d'angine à streptocoque

1.3.2 Sinusites

1.3.2.1 Mémo Sinusite maxillaire aiguë chez l'adulte

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Sinusite maxillaire aiguë
 - Ou Sinusite aiguë
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge > 15 ans
- Contenu

Contexte : adulte > 15 ans, immunocompétent

Remarque : posologie établie pour un adulte à fonction rénale normale

Sinusite maxillaire aiguë* : traitement de 1re intention

En cas de diagnostic incertain, l'antibiothérapie n'est pas indiquée d'emblée, en particulier lorsque les symptômes rhinologiques restent diffus, bilatéraux, d'intensité modérée, dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale, survenant dans un contexte épidémique.

1. Traitement recommandé

Amoxicilline : 1 g x 2(ou 3) /j pendant 7 jours

2. **En cas d'allergie certaine** aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Céfuroxime axétil : 250 mg x 2 /j pendant 5 jours

OU Céfotiam hexétil : 200 mg x 2 /j pendant 5 jours

OU Cefpodoxime proxétil : 200 mg x 2 /j pendant 5 jours

3. **En cas de contre-indication** aux bêta-lactamines

Pristinamycine : 1g x 2 /j pendant 4 jours

Autres sinusites

– **Sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire** manifeste homolatérale de l'arc dentaire supérieure

1. Traitement recommandé

Amoxicilline - Acide clavulanique : 1 g x 2(ou 3) /j pendant 7 jours

– En cas de signes cliniques évoquant une **sinusite frontale ou sphénoïdale** ou de **signes de gravité : avis spécialisé ou hospitalisation**

** Arguments en faveur d'une sinusite maxillaire aiguë purulente dans les suites d'une rhinopharyngite:*

– Au moins **2 des 3 critères majeurs** suivants :

1- *persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré un traitement symptomatique prescrit pendant au moins 48 heures ;*

2- *type de la douleur : caractère unilatéral, et/ou augmentation quand la tête est penchée en avant, et/ou caractère pulsatile, et/ou acmé en fin d'après-midi et la nuit ;*

3- *augmentation de la rhinorrhée et caractère continu de la purulence. Ces signes ont d'autant plus de valeur qu'ils sont unilatéraux.*

– La présence de **critères mineurs**, si associés aux signes précédents, renforce la suspicion diagnostique:
 - fièvre qui persiste au-delà du 3^e jour d'évolution de la sinusite ;
 - obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux, s'ils persistent au-delà de 10 jours.

Source : Mémo Infections respiratoires hautes, août 2013, p.2
 Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS

1.3.2.2 Mémo Sinusite maxillaire aiguë chez enfant ≤ 15 ans

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Sinusite maxillaire aiguë
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge ≤ 15 ans
- Contenu

Contexte : enfant ≤ 15 ans, immunocompétent

Remarque : posologie établie pour un enfant avec fonction rénale normale

Sinusite maxillaire aiguë : traitement de 1^{re} intention

Le traitement antibiotique est indiqué d'emblée dans les situations suivantes :

- dans la forme dite « aiguë sévère », rare, avec fièvre supérieure à 39°C, céphalées, rhinorrhée purulente évoluant sur une durée supérieure à 3 à 4 jours ;
- quelque soit la forme clinique en cas de facteurs de risque : asthme, cardiopathie, drépanocytose.

En l'absence de ces facteurs de risque, dans les deux formes les plus fréquentes de sinusites maxillaire (rhinopharyngite se prolongeant au-delà de 10 jours sans signe d'amélioration ou se ré-aggravant secondairement), le traitement antibiotique doit se discuter en fonction de l'intensité du tableau, de sa durée et de l'échec des traitements symptomatiques.

1. Traitement recommandé

Amoxicilline : 80 - 90 mg/kg/j en 2 à 3 prises pendant **7 à 10 jours** (sans dépasser 3 g/j)

2. En cas d'allergie certaine aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Cefpodoxime proxétil : 8 mg/kg/j en 2 prises (soit 1 dose poids x 2 /j) pendant 8 jours (sans dépasser 200 mg/j)

3. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines

Enfant ≥ 6 ans : Pristinamycine : 50 mg/kg/j en 2 ou 3 prises pendant 8 jours (sans dépasser 2 g/j)

Enfant < 6 ans : Sulfaméthoxazole 30 mg/kg/j + triméthoprime 6 mg/kg/j en 2 prises pendant 8 jours

Sinusite maxillaire d'origine dentaire ou frontale

1. Traitement recommandé

Amoxicilline - Acide clavulanique : 80 mg/kg/j en 3 prises pendant 7 jours (sans dépasser 3 g/j)

2. En cas d'allergie certaine aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Cefpodoxime proxétil : 8 mg/kg/j en 2 prises (soit 1 dose poids x 2 /j) pendant 8 jours (sans dépasser 400 mg/j)

3. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines

Sulfaméthoxazole 30 mg/kg/j + Triméthoprim 6 mg/kg/j en 2 prises pendant 8 jours

Source : *Mémo Infections respiratoires hautes*, août 2013, p.1

Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS

1.3.2.3 Mémo sinusite ethmoïdale, sphénoïdale et frontale compliquée chez enfant ≤ 15 ans

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Sinusite aiguë
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge ≤ 15 ans
- Contenu

Contexte : enfant ≤ 15 ans

Sinusite aiguë ethmoïdale, sphénoïdale ou frontale compliquée

Hospitalisation - Antibiothérapie parentérale

Source : *Mémo Infections respiratoires hautes*, août 2013, p.1

Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotiques DGS, HAS

1.3.2.4 Indicateurs de pratiques cliniques envisageables relatifs à la prise en charge de la sinusite

Taux de patients avec diagnostic de sinusite maxillaire aiguë ET amoxicilline parmi les patients ayant un dg de sinusite maxillaire aiguë (le résultat attendu devrait être de l'ordre de xx% afin de prendre en compte les patients ayant une sinusite d'origine dentaire)

1.3.3 Otites moyennes aiguës

1.3.3.1 Mémo Otite moyenne aiguë purulente chez l'adulte

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Otite moyenne aiguë suppurée
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge > 15 ans
- Contenu

Contexte : adulte > 15 ans

Remarque : posologie établie pour un adulte avec fonction rénale normale

Otite moyenne aiguë PURULENTE : traitement de 1re intention

Traitement après confirmation du diagnostic par la visualisation des tympans

1. Traitement recommandé

Amoxicilline : 1g x 2 (ou 3) /j pendant 5 jours

2. En cas d'allergie certaine aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Céfuroxime axétil : 250 mg x 2 /j pendant 5 jours

OU Céfotiam hexétil : 200 mg x 2 /j pendant 5 jours

OU Cefpodoxime proxétil : 200 mg x 2 /j pendant 5 jours

3. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines :

[sulfaméthoxazole 800 mg + triméthoprime 160 mg] x 2/j pendant 5 jours

Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013, p.2

Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotique DGS, HAS

1.3.3.2 Mémo Otite moyenne aiguë purulente chez enfant

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Otite moyenne aiguë suppurée
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge ≥ 2 ans ET Âge ≤ 15 ans
- Contenu

Contexte : enfant de 2 à 15 ans

Remarque : posologie établie pour un enfant avec fonction rénale normale

Otite moyenne aiguë purulente : traitement de 1re intention**Si symptômes PEU bruyants**

Pas de traitement antibiotique. Réévaluation à 48 heures.

Si symptômes bruyants ou écoulement purulent (tympa perforé)**1. Traitement recommandé**

Amoxicilline : 80 - 90 mg/kg/j en 2 à 3 prises pendant **5 jours**

(sans dépasser 3g /j)

ou **si syndrome otite conjonctivite** : Amoxicilline-Acide clavulanique : 80 mg/kg/j en 3 prises pendant 5 jours (sans dépasser 3 g /j)

2. En cas d'allergie certaine aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Cefpodoxime proxétil : 8 mg/kg/j en 2 prises (soit 1 dose poids x 2 /j) pendant 5 jours (sans dépasser 400 mg/j)

3. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines

érythromycine 50 mg/kg/j + sulfafurazole 150 mg/kg/j en 3 prises pendant 10 jours

ou sulfaméthoxazole 30 mg/kg/j + triméthoprime 6 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours

Source : *Mémo Infections respiratoires hautes*, août 2013, p.1
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotique DGS, HAS

1.3.3.3 Mémo Otite moyenne aiguë purulente chez enfant de plus de 3 mois et de moins de 2 ans

- Professionnels destinataires : médecins généralistes
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Otite moyenne aiguë suppurée
- Données complémentaires modulant leur accessibilité
 - Âge > 3 mois ET Âge < 2 ans
- Contenu

Contexte : enfant de plus de 3 mois et de moins de 2 ans

Remarque : posologie établie pour un enfant avec fonction rénale normale

Otite moyenne aigue purulente : traitement de 1re intention**1. Traitement recommandé**

Amoxicilline : 80 - 90 mg/kg/j en 2 à 3 prises pendant **8 jours**

ou **si syndrome otite conjonctivite** : Amoxicilline-Acide clavulanique : 80 mg/kg/j en 3 prises pendant

8 jours

2. En cas d'allergie certaine aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines

Cefpodoxime proxétel : 8 mg/kg/j en 2 prises (soit 1 dose poids x 2 /j) pendant 8 jours

3. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines

érythromycine 50 mg/kg/j + sulfafurazole 150 mg/kg/j en 3 prises pendant 10 jours

ou sulfaméthoxazole 30 mg/kg/j + triméthoprim 6 mg/kg/j en 2 prises pendant 8 jours

Source : [Mémo Infections respiratoires hautes](#), août 2013, p.1
Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotique DGS, HAS

1.3.3.4 Indicateurs de pratiques cliniques envisageables relatifs à la prise en charge de l'otite

Taux de patients > 15 ans avec diagnostic d'Otite moyenne aiguë suppurée ET amoxicilline parmi les patients ayant un diagnostic d'Otite moyenne aiguë suppurée

Chez les enfants est-ce pertinent compte tenu du syndrome otite conjonctivite

1.4 Les fiches patient

Pour les infections respiratoires hautes ne justifiant pas d'antibiothérapie, il est proposé des fiches patient que le médecin pourra imprimer pour le patient.

1.4.1.1 Fiches patient

- Destinataire : le patient via le médecin généraliste
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Rhinopharyngite aiguë [rhume banal]
 - OU infection des voies respiratoires supérieures, sans précision
- Contenu

Fiche patient - Infections respiratoires hautes

Les infections comme celles des oreilles (otites), de la gorge (angine), des sinus (sinusite) et la rhinopharyngite (rhume) sont très répandues. Les termes « infection respiratoire ou infection ORL » sont souvent utilisés.

Le plus souvent ces infections sont dues à un virus et guérissent spontanément toutes seules.

Les antibiotiques n'ont pas d'action sur les virus ; seules les infections dues à des bactéries peuvent être efficacement traitées par des antibiotiques.

Vous avez une RHINOPHARYNGITE (RHUME)

Origine : virale

Symptômes : nez qui coule, éternuements, nez bouché, fièvre et toux

Traitement : pas d'antibiotique

Durée : fièvre : 2 à 3 jours.
symptômes respiratoires : 7 à 12 jours,
toux : 7 à 21 jours

Reconsulter le médecin si : votre état s'aggrave ou si des nouveaux symptômes apparaissent

Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotique DGS, HAS

- Destinataire : le patient via le médecin généraliste
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - otite moyenne non suppurée
 - OU infection des voies respiratoires supérieures, sans précision
- titre : fiche patient otite aiguë
- contenu

Fiche patient - Infections respiratoires hautes

Les infections comme celles des oreilles (otites), de la gorge (angine), des sinus (sinusite) et la rhinopharyngite (rhume) sont très répandues. Les termes « infection respiratoire ou infection ORL » sont souvent utilisés.

Le plus souvent ces infections sont dues à un virus et guérissent spontanément toutes seules.

Les antibiotiques n'ont pas d'action sur les virus ; seules les infections dues à des bactéries peuvent être efficacement traitées par des antibiotiques.

Vous avez une OTITE MOYENNE AIGUË

Origine :

Symptômes : fièvre, douleur

Traitement : pas d'antibiotique

Durée : 3 à 4 jours

Reconsulter le médecin si : votre état s'aggrave ou si des nouveaux symptômes apparaissent.

Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotique DGS, HAS

- Destinataire : le patient via le médecin généraliste
- Contexte : consultation du jour
- Donnée principale à laquelle il est rattaché :
 - Angine virale
 - OU infection des voies respiratoires supérieures, sans précision
- titre : fiche patient angine virale
- contenu

Fiche patient - Infections respiratoires hautes

Les infections comme celles des oreilles (otites), de la gorge (angine), des sinus (sinusite) et la rhinopharyngite (rhume) sont très répandues. Les termes « infection respiratoire ou infection ORL » sont souvent utilisés.

Le plus souvent ces infections sont dues à un virus et guérissent spontanément toutes seules.

Les antibiotiques n'ont pas d'action sur les virus ; seules les infections dues à des bactéries peuvent être efficacement traitées par des antibiotiques.

Vous avez une ANGINE VIRALE

Origine : virale

Symptômes : mal de gorge

Traitement : pas d'antibiotique

Durée : fièvre : 2 à 3 jours

mal à la gorge : 7 jours

Reconsulter le médecin si : votre état s'aggrave ou si des nouveaux symptômes apparaissent.

Date de rédaction : mai 2015. Plan alerte antibiotique DGS, HAS

2 Groupe de travail

Le groupe de travail a été constitué par la DGS dans le cadre du Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016

- Serge Alfandary, CH Tourcoing
- Beatrix Barry, ORL hôpital Bichat
- Robert Cohen, pédiatre, infectiologue, Créteil
- Anne-Claude Crémieux, R. Poincarré, Garches
- Rémy Gauzit, Hôtel-Dieu/ARS IDF
- Pauline Jeanmougin, médecin généraliste, Paris 18e
- Philippe Lesprit, Hôpital Foch, Suresnes
- Maxime Catrice, médecin généraliste, 93, et chargé de projet HAS
- Jean-Michel Azanowsky, DGS, bureau RI1
- Jean-Christophe Comboroure, DGS, bureau RI1
- Florence Maréchaux, HAS, DAQSS
- Bernadette Worms, DGS, bureau RI1

3 Avis des parties prenantes

Les parties prenantes consultées :

- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) ;
- Conseil national professionnel d'ORL ;
- Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP), Société Française de pédiatrie (SFP), Association Française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) ;
- Collège de la médecine générale (CMG) ;
- Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) ;
- Fédération nationale des centres de santé (FNCS) ;
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr