



PNEUMOPATHIE COMMUNAUTAIRE EN SOINS PRIMAIRES

AURÉLIEN DINH

MALADIES INFECTIEUSES, HÔPITAL R. POINCARÉ

APHP. UNIVERSITÉ VERSAILLES-PARIS SACLAY



ETUDE PAC-SOINS PRIMAIRES-BASE DE DONNÉES

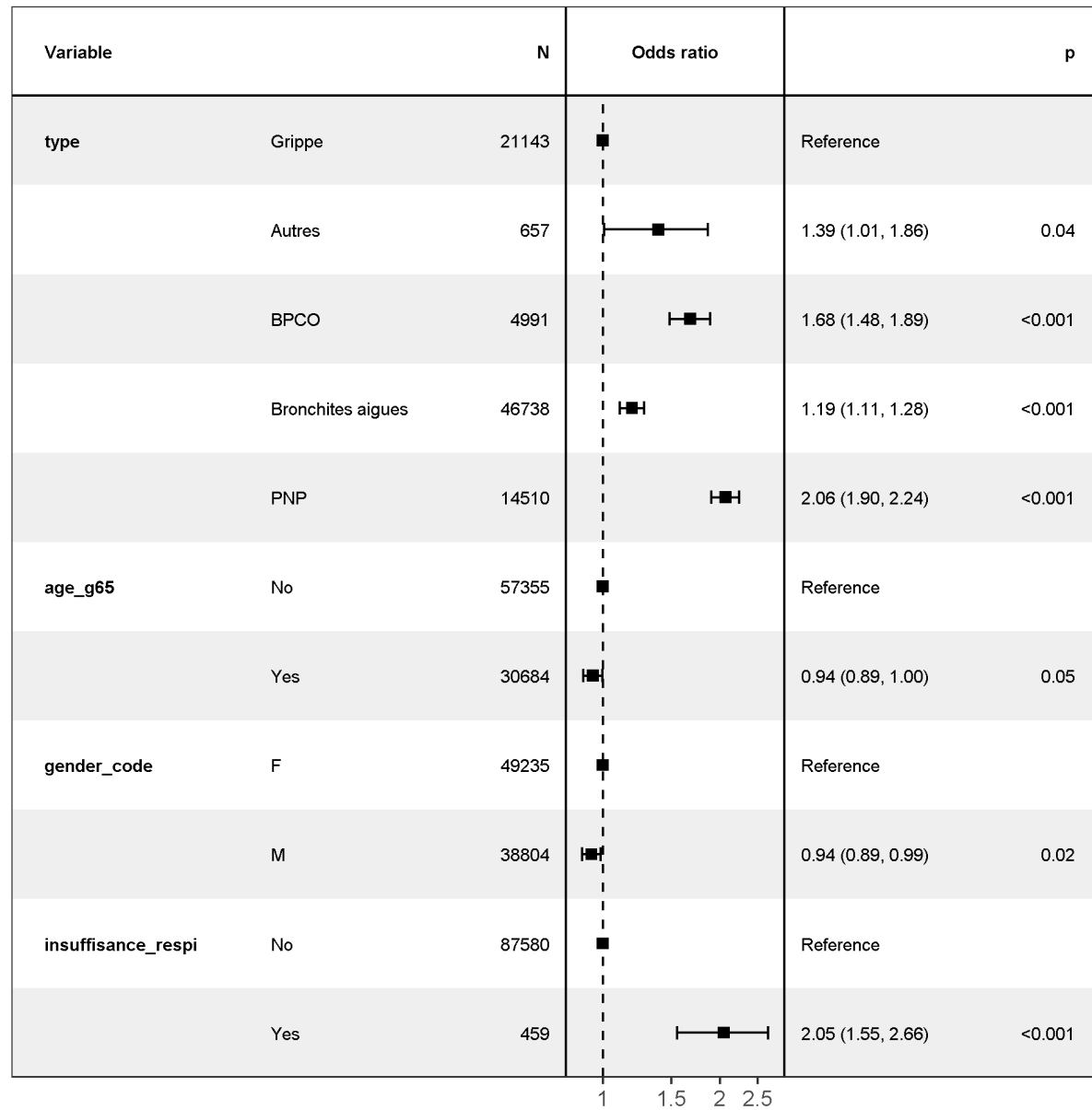
- Observational study using routinely collected electronic health records (EHR) from the THIN® (The Health Improvement Network) France database,
- **Objective.** description of sociodemographic and clinical characteristics of patients with community-acquired LRTIs managed in primary care. Secondary outcomes were the distribution of LRTI types, the antibiotic prescribing patterns across patient subgroups, and the occurrence of complications.
- **Study population.** We included adult patients (≥ 18 years) with at least one recorded episode of community-acquired lower respiratory tract infection (LRTI), including pneumonia, acute bronchitis, acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD), influenza , or other acute lower respiratory tract diseases ,
- Between January 1, 2015, and December 31, 2024.
- To focus on treatment patterns, only episodes that resulted in an antibiotic prescription were retained.
- **Study period and follow-up.** Patients were followed for 30 days
- Data extraction covered the period January 1, 2015, to January 1, 2025.
- A total of 286,241 community-acquired LRTI episodes were recorded during the inclusion window, of which 106,220 (**37.1%**) **received antibiotics**

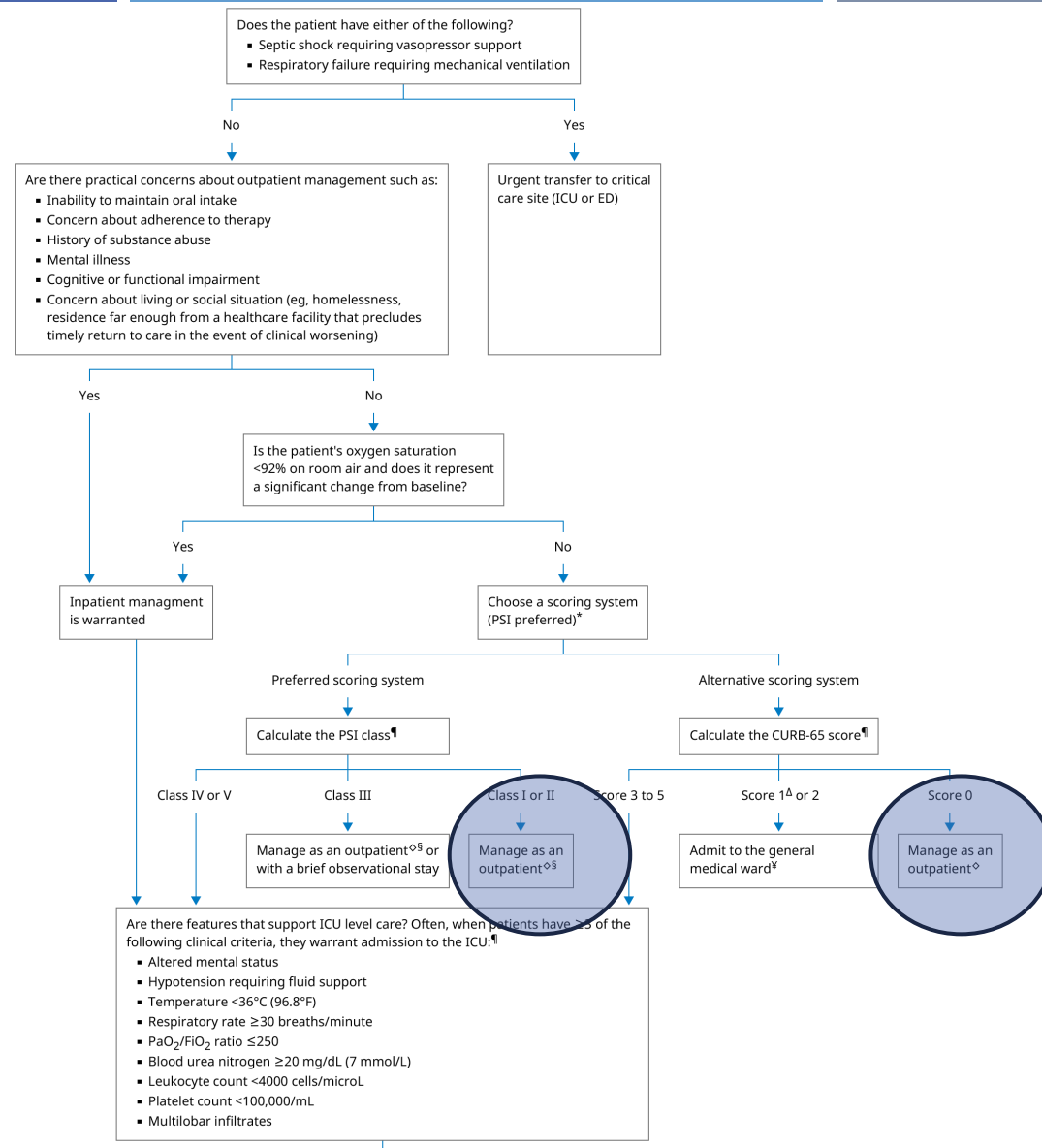
	Overall (N=88,039)	Autres (N=657)	BPCO (N=4,991)	Bronchites aiguës (N=46,738)	Grippe (N=21,143)	PNP (N=14,510)
Age en année	56.6 ± 17.1	57.6 ± 17.1	66.4 ± 11.6	57.5 ± 17.1	49.4 ± 15.7	61.0 ± 16.8
Age > 65 ans,. (%)	30,684 (34.9)	247 (37.6)	2,826 (56.6)	17,349 (37.1)	3,644 (17.2)	6,618 (45.6)
Femmes, n. (%)	49,235 (55.9)	346 (52.7)	2,180 (43.7)	26,604 (56.9)	12,413 (58.7)	7,692 (53)
Tabac, n. (%)	9,288 (10.5)	63 (9.6)	1,464 (29.3)	4,623 (9.9)	1,624 (7.7)	1,514 (10.4)
Alcool, n. (%)	627 (0.7)	4 (0.6)	97 (1.9)	335 (0.7)	95 (0.4)	96 (0.7)
Antécédant médicaux						
Asthme, n. (%)	14,640 (16.6)	151 (23)	1,234 (24.7)	8,265 (17.7)	2,884 (13.6)	2,106 (14.5)
BPCO, n. (%)	10,085 (11.5)	60 (9.1)	4,596 (92.1)	3,365 (7.2)	507 (2.4)	1,557 (10.7)
Insuffisance respiratoire, n. (%)	459 (0.5)	4 (0.6)	162 (3.2)	183 (0.4)	26 (0.1)	84 (0.6)
insuffisance cardiaque, n. (%)	1,685 (1.9)	16 (2.4)	208 (4.2)	885 (1.9)	157 (0.7)	419 (2.9)
IRC, n. (%)	723 (0.8)	8 (1.2)	65 (1.3)	381 (0.8)	88 (0.4)	181 (1.2)
Troubles neurocognitifs, n. (%)	810 (0.9)	9 (1.4)	45 (0.9)	468 (1)	122 (0.6)	166 (1.1)
Immunodépression, n. (%)	554 (0.6)	8 (1.2)	25 (0.5)	279 (0.6)	150 (0.7)	92 (0.6)
Neoplasie, n. (%)	8,492 (9.6)	86 (13.1)	728 (14.6)	4,496 (9.6)	1,347 (6.4)	1,835 (12.6)
Médecin généraliste	87,307 (99.2)	648 (98.6)	4,681 (93.8)	46,508 (99.5)	21,125 (99.9)	14,345 (98.9)

	Overall (N=88,039)	Autres (N=657)	BPCO (N=4,991)	Bronchites aiguës (N=46,738)	Grippe (N=21,143)	PNP (N=14,510)
Statut vaccinal						
Vaccin pneumocoque, n (%)	5,377 (6.1)	65 (9.9)	1,109 (22.2)	2,513 (5.4)	489 (2.3)	1,201 (8.3)
Vaccin grippe, n (%)	2,850 (3.2)	30 (4.6)	185 (3.7)	1,475 (3.2)	626 (3)	534 (3.7)
Traitement						
Bithérapie initiale, n (%)	285 (0.3)	4 (0.6)	15 (0.3)	156 (0.3)	72 (0.3)	38 (0.3)
Antibiotique (j)	7.6 ± 11.2	8.1 ± 20.6	10.3 ± 23.6	7.4 ± 10.3	7.4 ± 10.4	7.7 ± 7.2
Corticoïdes, n (%)	37,596/41,513	230/371	2,229/2,501	22,311/21,290	8,722/9,733	4,104/7,618
Corticoïdes (jours)	15.0 ± 31.5	12.9 ± 17.3	19.0 ± 43.6	14.4 ± 30.9	16.5 ± 27.2	13.4 ± 36.1
Examens complémentaires						
CRP/PCT, no. (%)	5,595 (6.4)	44 (6.7)	423 (8.5)	1,893 (4.1)	948 (4.5)	2,287 (15.8)
Imagerie, no. (%)	5,479 (6.2)	57 (8.7)	268 (5.4)	1,538 (3.3)	467 (2.2)	3,149 (21.7)

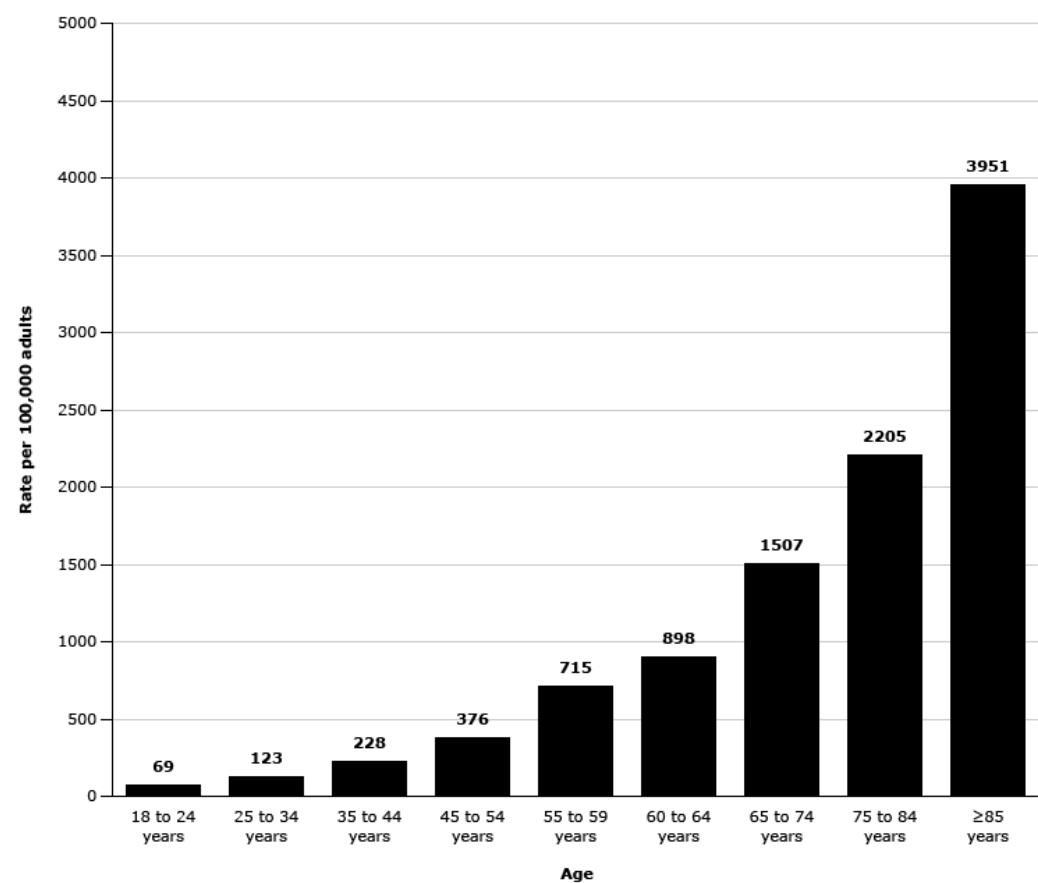
EVOLUTION

	Overall (N=88,039)	Autres (N=657)	BPCO (N=4,991)	Bronchites aigues (N=46,738)	Grippe (N=21,143)	PNP (N=14,510)
Choc septique/septicémie, n. (%)	5 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0)	1 (0)	1 (0)
Epanchement pleural, n. (%)	23 (0)	1 (0.2)	1 (0)	5 (0)	2 (0)	14 (0.1)
SDRA, n. (%)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
Reconsultation dans les 10 J, n. (%)	14,250 (16.2)	114 (17.4)	754 (15.1)	5,977 (12.8)	4,126 (19.5)	3,279 (22.6)

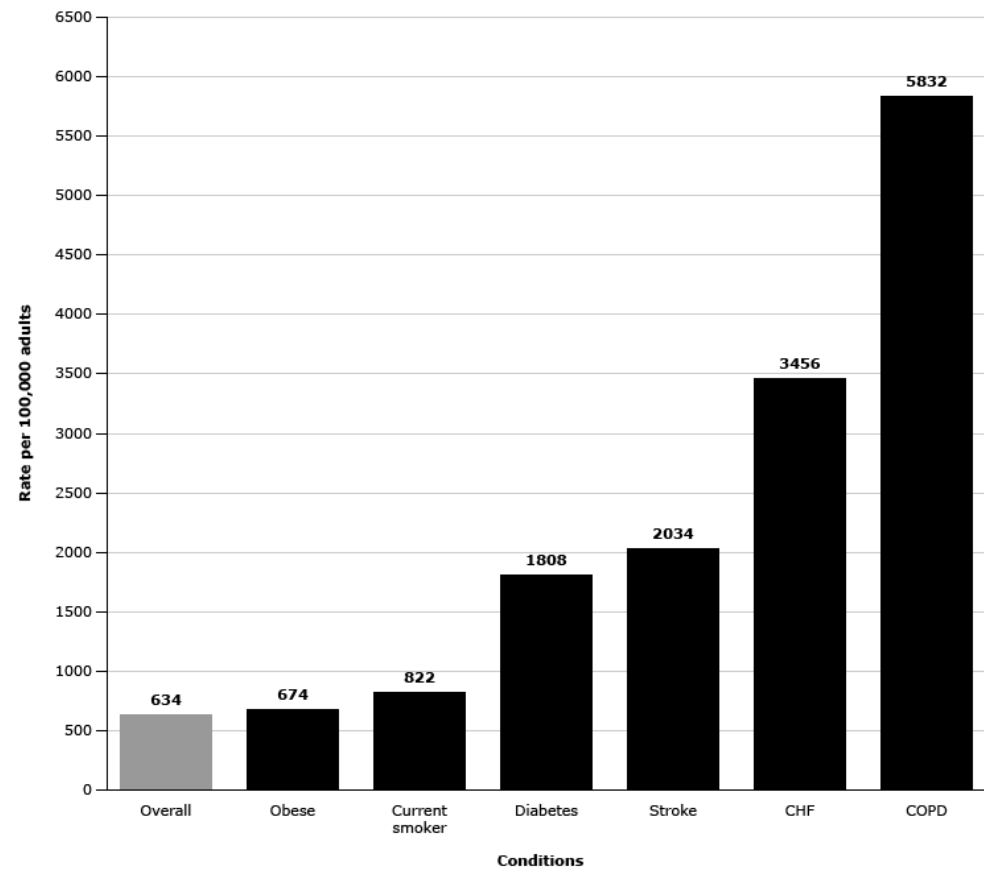




The impact of age on the incidence of patients hospitalized with community-acquired pneumonia in the United States



The impact of comorbid conditions on the incidence of patients hospitalized with community-acquired pneumonia in the United States



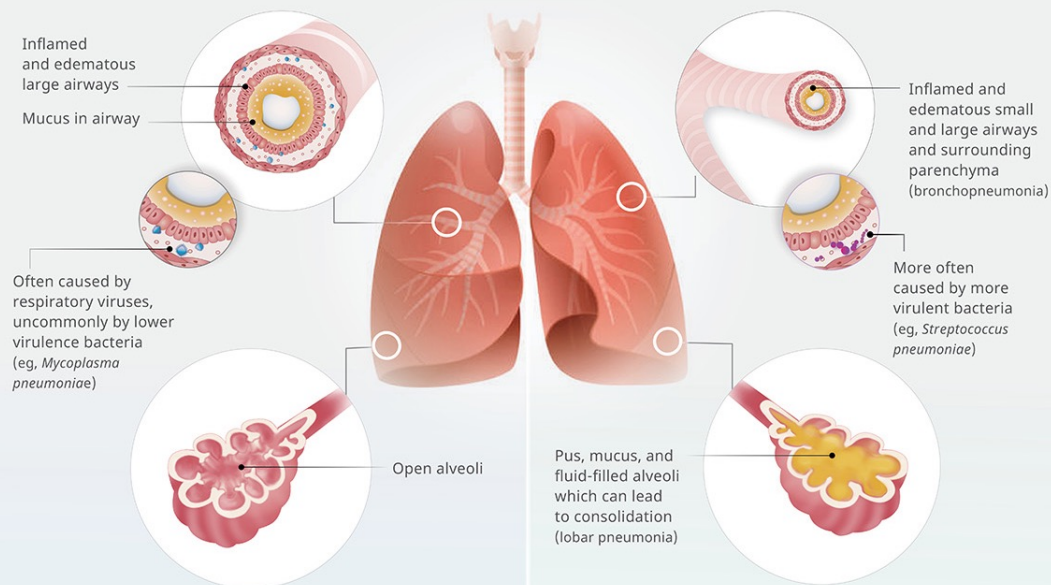
Ramirez JA, et al. Adults hospitalized with pneumonia in the United States: Incidence, epidemiology, and mortality. Clin Infect Dis 2017



CARACTÉRISER LA PNEUMONIE

Acute Bronchitis vs. Pneumonia

— in Adults —



OTHER FEATURES: Acute Bronchitis

Cough: Acute onset, persistent cough

Respiration: Mild dyspnea and/or wheeze

Body temperature: Normal or low-grade fever (<100.4°F/38.0°C)

Chest examination: Lacks signs of lung consolidation

Other findings: Recent or concurrent upper respiratory tract infection

OTHER FEATURES: Pneumonia

Cough: Acute or subacute onset cough

Respiration: Dyspnea

Body temperature: Fever (>100.4°F/38.0°C)

Chest examination: Signs of lung consolidation (eg, crackles, rhonchi, egophony, tactile fremitus)

Other findings: Other abnormal vital signs (eg, tachycardia, decreased oxygen saturation)

QUELLE IMAGERIE RÉALISER À VISÉE DIAGNOSTIQUE ?

- **En cas de PAC ambulatoires** : radiographie de thorax ou échographie pleuropulmonaire
 - Obtention dans un délai court (< 3 jours).
 - En cas de forte présomption de PAC bactérienne, son obtention ne doit pas retarder l'initiation de l'antibiothérapie.
 - En cas de normalité, reconsidérer le diagnostic de PAC et donc l'indication de l'antibiothérapie

ECHOGRAPHIE

Open access Original research

BMJ Open Accuracy of lung ultrasonography in the hands of non-imaging specialists to diagnose and assess the severity of community-acquired pneumonia in adults: a systematic review

Julie Jepsen Strøm ¹ Pia Sperling Haugen,¹ Malene Plejdrup Hansen,¹ Ole Graumann,^{2,3} Martin Bach B Jensen ¹ Camilla Aakjær Andersen ¹

Echographie pour le diagnostic de PAC :17 études (2170 patients)
Opérateur ni radiologue ni échographiste.
Sensibilité : 68 à 100% (sensibilité > 91%)
Spécificité : 57 à 100% (spécificité > 80%).
Variabilité dans l'expérience +++
Diminue la spécificité.
Durée d'examen < 10 min

Study	Setting	Reference standard	Hours or days of LUS training	Experience in LUS or US in general	Pneumonia positive (n) / Total number of patients examined for pneumonia (N)	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)
Amatya <i>et al</i> ³⁸	ED	CT	1 hour	1 week	44/62	0.91 (0.78 to 0.98)§	0.61 (0.36 to 0.83)§
Corradi <i>et al</i> ¹⁸	ED	CT	–	>10 years*	44/62†	0.68 (0.52 to 0.81)§	0.95 (0.75 to 1.00)§
Fares <i>et al</i> ²²	ICU	CT	–	–	30/38	0.93 (0.78 to 0.99)§	0.75 (0.35 to 0.97)§
Karimi <i>et al</i> ³⁹	ED	CT	–	–	280/280	0.94 (0.90 to 0.96)	Not calculable
Liu <i>et al</i> ³¹	ED	CT	28 hours	>50 scans	112/179	0.95 (0.89 to 0.98)§	0.99 (0.92 to 1.00)§
Nazerian <i>et al</i> ³²	ED	CT	–	>1 year	87/285	0.83 (0.73 to 0.90)	0.96 (0.92 to 0.98)
Taghizadieh <i>et al</i> ³⁵	ED	CT	–	–	29/30	1.00 (0.95 to 1.00)	Not calculable
Parlamento <i>et al</i> ³⁴	ED	CXR/CT	–	>10 years	32/49	0.97 (0.84 to 1.00)§	No conclusive data
Reissig <i>et al</i> ²⁰	Multicentre‡	CXR/CT	–	>100 scans	226/356	0.93 (0.89 to 0.96)	0.98 (0.89 to 0.96)
Unluer <i>et al</i> ³⁷	ED	CXR/CT	6 hours	–	28/72	0.96 (0.82 to 1.00)	0.84 (0.70 to 0.93)
Benci <i>et al</i> ¹⁷	Department of infectious diseases	QA	–	–	37/80	1.00 (0.91 to 1.00)§	1.00 (0.92 to 1.00)§
Bitar <i>et al</i> ²⁹	ICU	QA	–	–	11/11	0.99a	0.80a
Bourcier <i>et al</i> ³⁰	ED	QA	2 days	–	123/144	0.95 (0.90 to 0.98)§	0.57 (0.34 to 0.78)§
Cipollini <i>et al</i> ²⁷	Medicine /geriatric ward	QA	–	>1 year	128/128	0.82 (0.74 to 0.88)§	Not calculable
Cortellaro <i>et al</i> ¹⁹	ED	QA	–	–	81/120	0.99 (0.93 to 1.00)	0.95 (0.83 to 0.99)
Pagano <i>et al</i> ³³	ED	QA	–	>2 years	68/105	0.99 (0.94 to 1.00)	0.65 (0.56 to 0.67)
Ticinesi <i>et al</i> ³⁶	Geriatric ward	QA	–	>1 year	97/169	0.92 (0.86 to 0.97)	0.94 (0.89 to 0.99)

ED, Emergency department; ICU, intensive care unit; QA, quantitative analysis; §, 95% CI; a, 95% CI; †, 95% CI; ‡, multicentre study.



Computed tomography scan contribution to the diagnosis of community-acquired pneumonia

Nicolas Garin^{a,b}, Christophe Marti^a, Max Scheffler^c, Jérôme Stirnemann^a, and Virginie Prendki^d

Recent findings

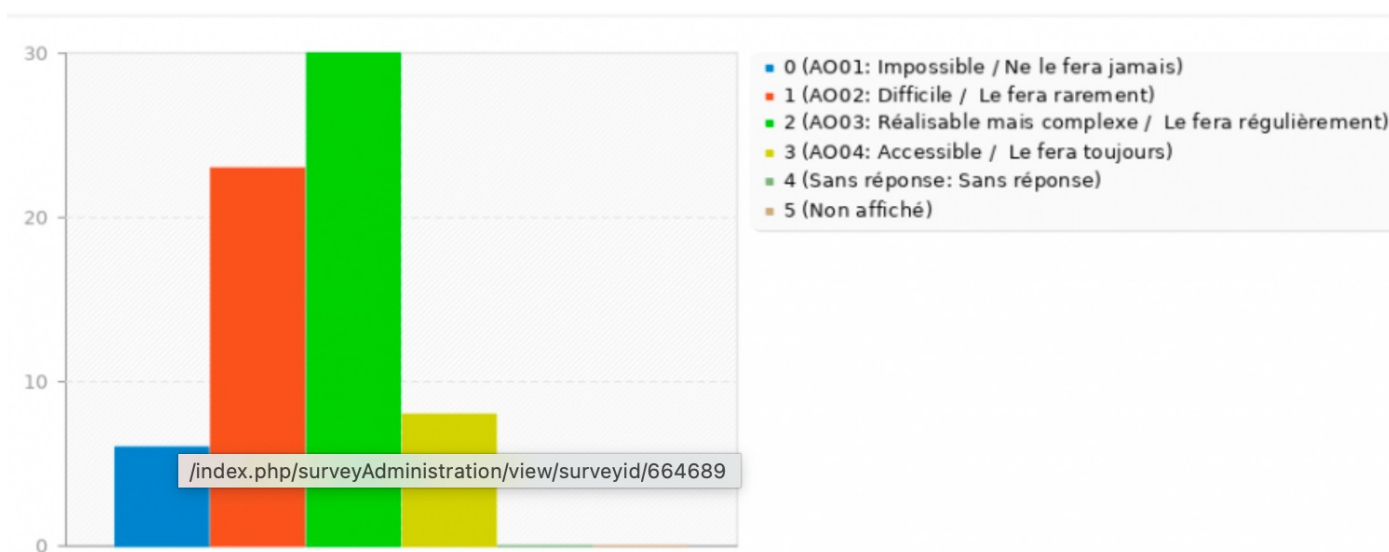
Two studies assessed the diagnostic accuracy of CT-scan in emergency department or hospitalized patients suspected of pneumonia. CT-scan led to a net reclassification improvement of 8 and 18% of patients, and was particularly helpful to rule out the diagnosis, allowing a lowering of the number of inappropriate antibiotic prescriptions.

	CT scan	CXR	LUS
Availability			
Ambulatory setting	—	+	++
Emergency department	+	++	++
Irradiation	++	+	—
Sensitivity ^a	++	+	+(+)
Specificity ^a	++	—	+(+)
Identification of other diagnosis	+++	+	++
Not affected by patient's conditions (bedridden; acute confusion)	++	—	+

- Claessens YE, Debray MP, Tubach F, et al. Early chest computed tomography scan to assist diagnosis and guide treatment decision for suspected community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2015; 192:974 – 982.
- Prendki V, Scheffler M, Huttner B, et al. Low-dose CT for the diagnosis of & pneumonia in elderly patients: a prospective, interventional cohort study. *Eur Respir J* 2018; 51.

DANS VOTRE CONTEXTE D'EXERCICE PROFESSIONNELLE, DITES-NOUS SI VOUS POUVEZ EFFECTUER RADIO THORACIQUE DANS LES 24H

Réponse	Décompte	Pourcentage
Impossible / Ne le fera jamais (AO01)	6	8.96%
Difficile / Le fera rarement (AO02)	23	34.33%
Réalisable mais complexe / Le fera régulièrement (AO03)	30	44.78%
Accessible / Le fera toujours (AO04)	8	11.94%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

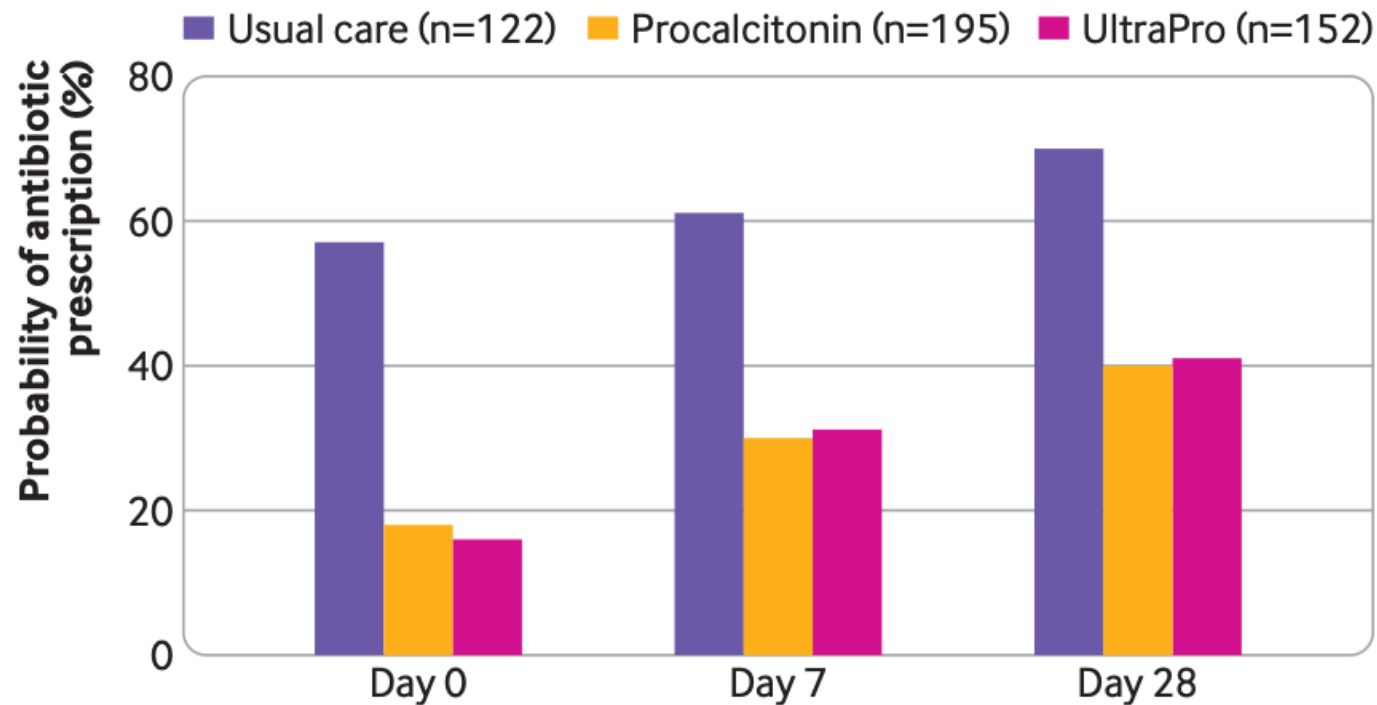




EXAMENS BIOLOGIQUES

Procalcitonin and lung ultrasonography point-of-care testing to determine antibiotic prescription in patients with lower respiratory tract infection in primary care: pragmatic cluster randomised trial

Loïc Lhopitallier,¹ Andreas Kronenberg,^{2,3} Jean-Yves Meuwly,⁴ Isabella Locatelli,⁵ Yolanda Mueller,⁶ Nicolas Senn,⁶ Valérie D'Acremont,^{5,7,8} Noémie Boillat-Blanco¹



Procalcitonin and lung ultrasonography point-of-care testing to determine antibiotic prescription in patients with lower respiratory tract infection in primary care: pragmatic cluster randomised trial

Loïc Lhopitallier,¹ Andreas Kronenberg,^{2,3} Jean-Yves Meuwly,⁴ Isabella Locatelli,⁵ Yolanda Mueller,⁶ Nicolas Senn,⁶ Valérie D'Acremont,^{5,7,8} Noémie Boillat-Blanco¹

			Group comparison (procalcitonin v usual care, and UltraPro v procalcitonin)	
	No of patients	Median duration (days)	Duration difference (days; 95% CI)	Hazard ratio (95% CI)
Duration of limited activities by day 14				
Usual care	102	3	—	—
Procalcitonin	159	4	1.0 (−0.23 to 2.32)	0.75 (0.58 to 0.97)
Procalcitonin	159	4	—	—
UltraPro	129	4	0.0 (−1.48 to 1.43)	1.01 (0.80 to 1.29)
Duration of symptoms by day 28				
Usual care	102	7	—	—
Procalcitonin	159	8	1.0 (−0.39 to 2.43)	0.81 (0.62 to 1.04)
Procalcitonin	159	8	—	—
UltraPro	129	8	0.0 (−1.68 to 1.74)	0.97 (0.76 to 1.24)



APPEL À CANDIDATURE

MÉDECINS GÉNÉRALISTES
INVESTIGATEURS

**MARRE DE L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE
DEVANT LES SYNDROMES GRIPPAUX EN HIVER ?**

**ENVIE D'UN TEST RAPIDE
DISPONIBLE AU CABINET ?**

**AIDEZ-NOUS À
RÉPONDRE À CES
QUESTIONS :**

Le test de confirmation **diagnostique triplex** en ville :

- Permet-il une **meilleure prise en charge des patients** ?
- Permet-il de **diminuer la consommation d'antibiotiques** ?
- Est-il envisageable à **grande échelle en routine** ?



EN PRATIQUE



INDEMNISATION

2 périodes de 10 jours durant l'hiver

Honoraire par patient inclus au cours
de chaque période : **60 €**

10 patients durant la période « intervention »
avec TROD / **10 patients** « témoins »

Honoraire supplémentaire par
réalisation d'un prélèvement
nasopharyngé pour l'identification des
virus par PCR (examen optionnel) : **20 €**

Tests intra-nasaux fournis à l'investigateur,
stockables à température ambiante.

INTÉRESSÉ ?



CRAtb
Centre Régional
en Antibiothérapie
Île-de-France

URC
PITIE-SALPETRIERE



[Cliquez ici](#)



Pr Aurélien DINH
aurelien.dinh@aphp.fr

	Outpatients	
	Spain ^[1]	Canada ^[2]
Total patients evaluated	514	507
Patients in whom a pathogen was identified	161 (31.3)	244 (48.1)
Patients in whom no pathogen was identified	353 (68.7)	263 (51.9)
Pathogen[†]		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	56 (10.9)	30 (5.9)
Other <i>Streptococcus</i> spp	0	5 (1.0)
<i>Haemophilus influenzae</i>	8 (1.6)	25 (4.9)
<i>Haemophilus parainfluenzae</i>	0	10 (2.0)
<i>Moraxella catarrhalis</i>	0	6 (1.2)
<i>Legionella pneumophila</i>	10 (1.9)	Δ
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	27 (5.3) [§]	87 (17.2) [§]
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	10 (1.9) [§]	72 (14.2) [§]
<i>Coxiella burnetii</i>	11 (2.1) [§]	Δ
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 (0.2)	6 (1.2)
MSSA	1 (0.2)	NR
MRSA	0	NR
Gram-negative enteric bacilli	1 (0.2)	2 (0.4)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1 (0.2)	1 (0.2)
Respiratory viruses [‡]	15 (2.9) [§]	†
Other pathogen	6 (1.2)	14 (2.8)
>1 pathogen	15 (2.9)	**

Cillóniz C, et al. Thorax 2011; 66:340.
Marrie TJ, et al.. Resp Medicine 2005; 99:60.

Comorbidités à considérer dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste pour une PAC

Hospitalisation dans les 3 mois précédents
Antibiothérapie dans le mois précédent*
Éthylisme chronique
Troubles de la déglutition
Maladie neurologique sévère avec risque de fausses routes**
Néoplasie active
Immunodépression***
BPCO sévère (VEMS < 50 % de la théorique) ou insuffisance respiratoire chronique (OLD ou VNI)
Insuffisance cardiaque congestive
Insuffisance hépatique
Insuffisance rénale chronique (DFG < 30mL/min)

- **Une seule des comorbidités** listées ci-dessus suffit à modifier le choix de l'amoxicilline comme antibiothérapie probabiliste d'une PAC.

- **L'asthme** en soi n'est pas une comorbidité justifiant de choisir une antibiothérapie différente de l'amoxicilline en première intention.

- **L'âge sans comorbidité** n'est pas un critère à prendre en compte.

* sauf nitrofurantoïne, fosfomycine orale, pivmecillinam ; ** (AVC, Parkinson, Démence, SEP...) ; *** (corticoïdes systémiques ≥ 10 mg/j, autres traitements immunosuppresseurs, asplénie, agranulocytose, infection par le VIH avec une numération lymphocytaire T CD4 $\leq 200/\text{mm}^3$, déficit immunitaire primitif...)

Quelle antibiothérapie des PAC en ambulatoire ?



	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidité	Amoxicilline	Pristinamycine
Au moins une comorbidité*	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou cefotaxime)
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou cefotaxime) Ou pristinamycine
Tableau évocateur d'infection ou mise en évidence de bactérie atypique	Macrolide	Pristinamycine ou doxycycline
Réévaluation à 72h		

Lévofoxacine : uniquement si allergie grave aux bêta-lactamines et pas d'autre possibilité thérapeutique

Lors de la réévaluation à H72

En cas d'échec de l'antibiothérapie par bêta-lactamine : switch par un macrolide.

En cas d'échec de l'antibiothérapie par macrolide : switch par bêta-lactamine (amoxicilline ou amoxicilline-acide clavulanique ou C3G injectable selon la présence de comorbidités)

Quelle posologie d'antibiotique ?

(en l'absence d'insuffisance rénale)

Antibiotiques	Hors soins critiques
Amoxicilline	1 g x3/j
Pristinamycine	1 g x3/j
Amoxicilline-acide clavulanique	1 g x3/j
Céfotaxime	1 g x3/j
Ceftriaxone	1 g/j
Lévofloxacine	500 mg/j
Azithromycine	500 mg/j (J1) puis 250 mg/j
Clarithromycine	500 mg x 2/j
Spiramycine	1,5 MUI à 3 MUI x3/j
Doxycycline	100 mg X2/j
Céfazoline	80-100 mg/kg/j
Pénicilline M	80 à 100 mg/kg/j
Linézolide	600 mg x2/j



DURÉE DE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

Quelle durée de traitement antibiotique ?

	Durée recommandée
PAC avec critères de stabilité clinique à J3	3 jours*
PAC avec critères de stabilité clinique > J3-J5	5 jours
Autre	7 jours

Un traitement supérieur à 7 jours doit être argumenté (complications).

Critères de stabilité clinique	Valeurs
Température	$\leq 37,8^{\circ}\text{C}$
Pression artérielle systolique	≥ 90 mmHg
Fréquence cardiaque	≤ 100 /min
Fréquence respiratoire	≤ 24 /min
SpO ₂ ou PaO ₂	≥ 90 % en air ambiant ≥ 60 mmHg en air ambiant

* Pas de données chez les patients immunodéprimés, insuffisants respiratoires, hépatiques et rénaux, chroniques graves

Diagnosis and Management of Community-acquired Pneumonia

An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline

Barbara E. Jones, Julio A. Ramirez, Eyal Oren, Nilam J. Soni, Liam R. Sullivan, Marcos I. Restrepo, Daniel M. Musher, Brian L. Erstad, Chiagozie Pickens, Valerie M. Vaughn, Scott A. Helgeson, Kristina Crothers, Joshua P. Metlay, Britany Bissell, Bin Cao, James D. Chalmers, Charles S. Dela Cruz, Inessa Gendlina, Leila S. Hojat, Maryrose Laguio-Vila, Stephen Y. Liang, Grant W. Waterer, Marilyn Paine, Conall Hawkins, and Kevin Wilson; on behalf of the American Thoracic Society Assembly on Pulmonary Infections and Tuberculosis

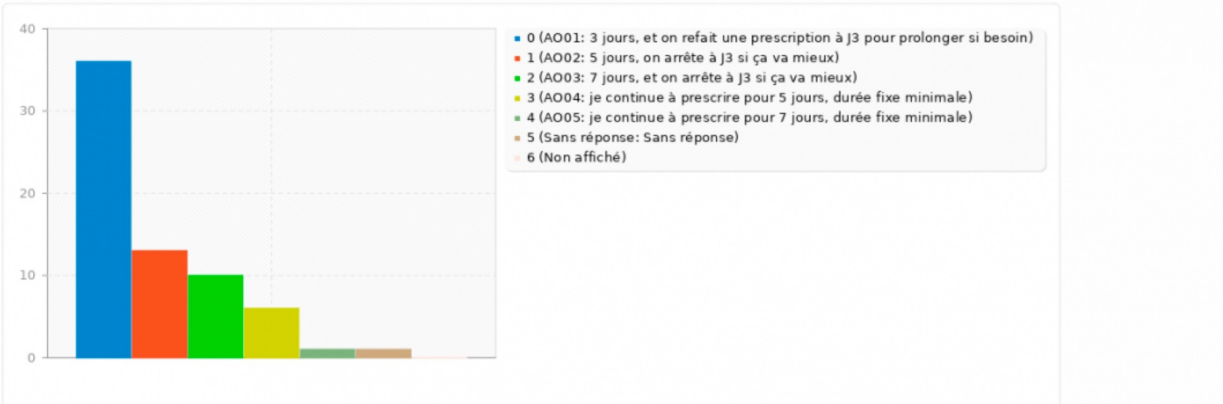
THIS OFFICIAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY WAS APPROVED MAY 2025

- **Recommendations.** For adult outpatients with CAP who reach clinical stability, we suggest less than 5 days of antibiotics (minimum of 3-d duration) rather than 5 or more days of antibiotics (conditional recommendation, low-quality evidence).
- **Remark:** This is a conditional recommendation that requires individualization.
- **Vote:** 15 (94%) of 16 committee members voted in favor of less than 5 days of antibiotics.

ENQUÊTE DE FAISABILITÉ AUPRÈS DES MG (ANTIBIOCLIC)

Après lecture de cette recommandation et en pratique : Vous diagnostiquez un Pneumonie Aigüe Communautaire (PAC) chez un patient sans critère de gravité, quelle durée d'antibiothérapie prescrivez-vous ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
3 jours, et on refait une prescription à J3 pour prolonger si besoin (AO01)	36	53.73%
5 jours, on arrête à J3 si ça va mieux (AO02)	13	19.40%
7 jours, et on arrête à J3 si ça va mieux (AO03)	10	14.93%
je continue à prescrire pour 5 jours, durée fixe minimale (AO04)	6	8.96%
je continue à prescrire pour 7 jours, durée fixe minimale (AO05)	1	1.49%
Sans réponse	1	1.49%
Non affiché	0	0.00%



CONSULTATION DE RÉÉVALUATION PROGRAMMÉE À J3

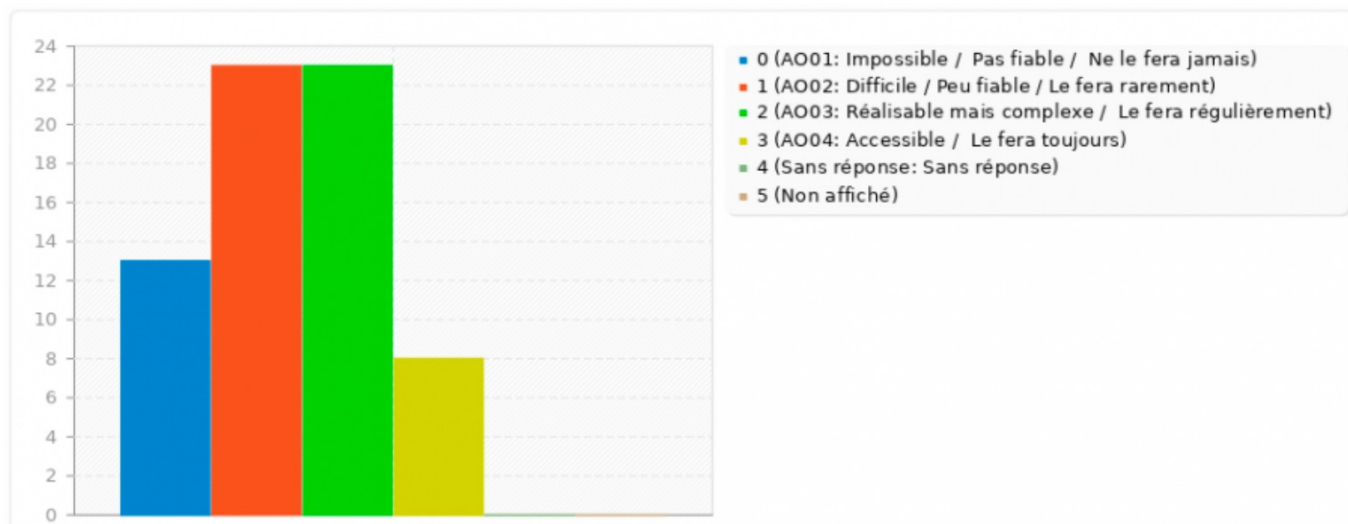
Réponse	Décompte	Pourcentage
Impossible / Pas fiable / Ne le fera jamais (AO01)	2	2.99%
Difficile / Peu fiable / Le fera rarement (AO02)	6	8.96%
Réalisable mais complexe / Le fera régulièrement (AO03)	41	61.19%
Accessible / Le fera toujours (AO04)	18	26.87%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

TÉLÉMÉDECINE PROGRAMMÉE À J3

Réponse	Décompte	Pourcentage
Impossible / Pas fiable / Ne le fera jamais (AO01)	16	23.88%
Difficile / Peu fiable / Le fera rarement (AO02)	28	41.79%
Réalisable mais complexe / Le fera régulièrement (AO03)	12	17.91%
Accessible / Le fera toujours (AO04)	9	13.43%
Sans réponse	2	2.99%
Non affiché	0	0.00%

CONSIGNES D'AUTO-SURVEILLANCE : ARRÊT DE L'ANTIBIOTIQUE SI ÇA VA MIEUX À J3

Réponse	Décompte	Pourcentage
Impossible / Pas fiable / Ne le fera jamais (AO01)	13	19.40%
Difficile / Peu fiable / Le fera rarement (AO02)	23	34.33%
Réalisable mais complexe / Le fera régulièrement (AO03)	23	34.33%
Accessible / Le fera toujours (AO04)	8	11.94%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%





IMAGERIE DE CONTRÔLE

Quelle imagerie de contrôle et à quel moment ?

- **Scanner thoracique**
 - A H72, si non-amélioration ou aggravation
 - Après un délai d'au moins 2 mois, si présence de facteur de risque de cancer broncho pulmonaire : âge ≥ 50 ans associé à un tabagisme (≥ 20 paquets-année actif ou sevré depuis moins de 15 ans) après information du patient dans le cadre d'une décision partagée

DANS VOTRE CONTEXTE D'EXERCICE PROFESSIONNELLE, DITES-NOUS SI VOUS POUVEZ EFFECTUER SCANNER THORACIQUE APRÈS UN DÉLAI D'AU MOINS 2 MOIS SI FACTEURS DE RISQUE DE CANCER PULMONAIRE (ÂGE > 50 ANS + TABAGISME)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Impossible / Ne le fera jamais (AO01)	1	1.49%
Difficile / Le fera rarement (AO02)	7	10.45%
Réalisable mais complexe / Le fera régulièrement (AO03)	21	31.34%
Accessible / Le fera toujours (AO04)	38	56.72%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%





VACCINER !

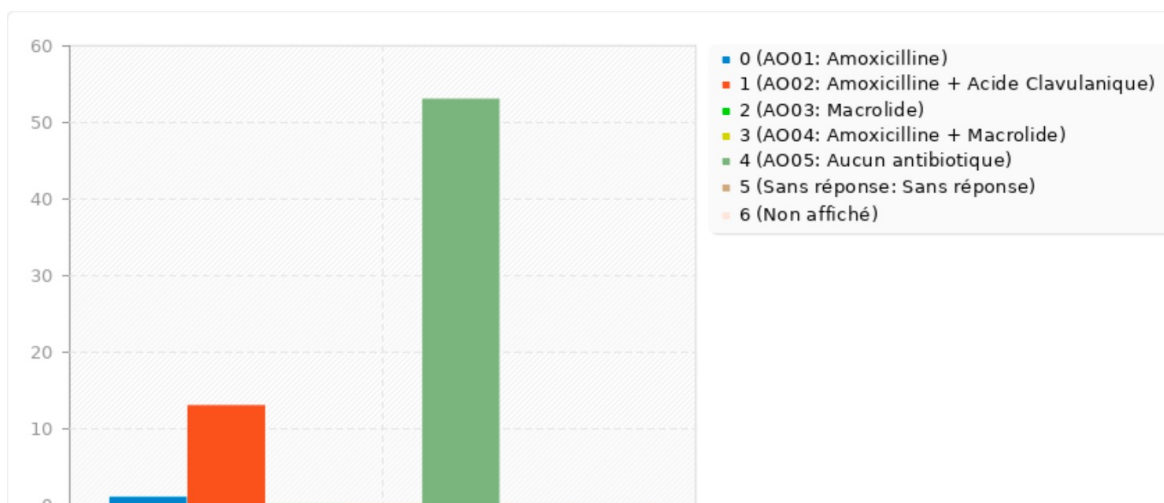
LE PLUS COURT DES TRAITEMENTS EST L'ABSENCE DE TRAITEMENT

GROUPES DE TRAVAIL

- Biologie : Vincent Cattoir, Paul Loubet, Sophie Jaraud, Alban Le Monnier, Philippe Serayet, Emmanuelle Varon
- Antibiothérapie : David Lebeaux, Pierre Fillatre, Jean-Pierre Bedos, Mathieu Blot, François Barbier, Paul Loubet, Yacine Tandjaoui-Lambotte, Yves Welker,
- Imagerie : Yann-Erick Claessens, Constance de Margerie, Xavier Duval, Maxime Gauthier, Damien Basile, Philippe Serayet, Yann Guegan

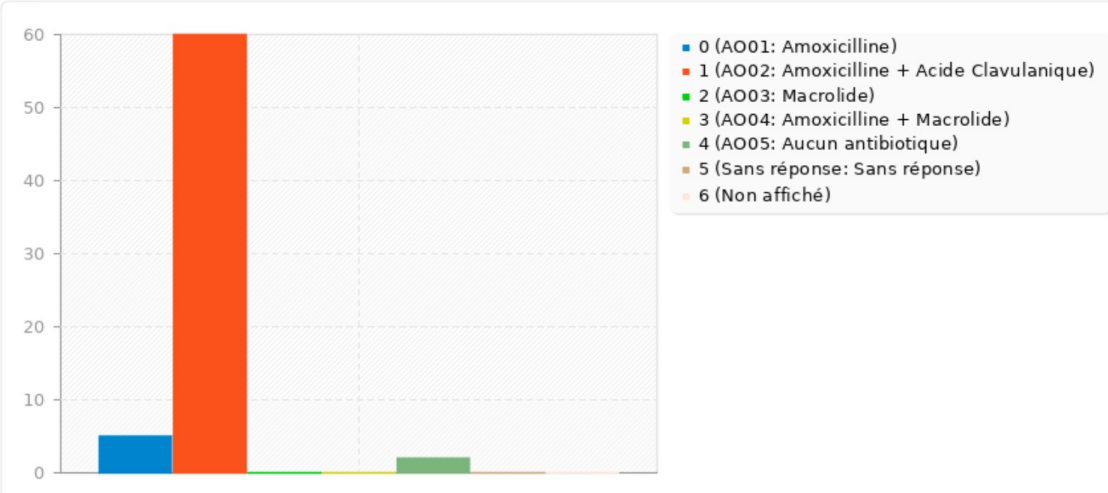
QUELLE(S) MOLÉCULE(S) PRESCRIVEZ-VOUS (UNE OU PLUSIEURS EN ASSOCIATION) DEVANT TROD GRIPPE POSITIF AVEC FIÈVRE PROLONGÉE > 5 JOURS SANS FOYER DE CRÉPITANTS

Réponse	Décompte	Pourcentage
Amoxicilline (AO01)	1	1.49%
Amoxicilline + Acide Clavulanique (AO02)	13	19.40%
Macrolide (AO03)	0	0.00%
Amoxicilline + Macrolide (AO04)	0	0.00%
Aucun antibiotique (AO05)	53	79.10%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%



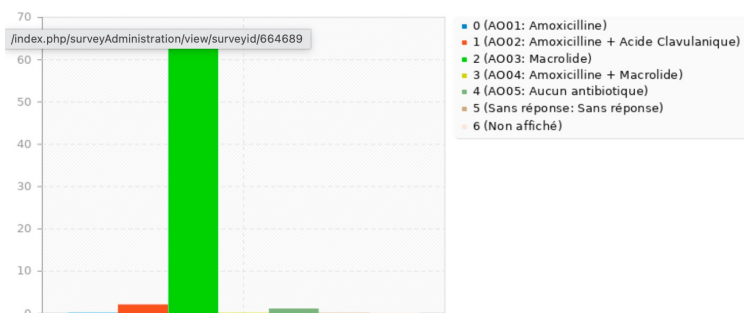
QUELLE(S) MOLÉCULE(S) PRESCRIVEZ-VOUS (UNE OU PLUSIEURS EN ASSOCIATION) DEVANT TROD GRIPPE POSITIF AVEC FOYER DE CRÉPITANTS

Réponse	Décompte	Pourcentage
Amoxicilline (AO01)	5	7.46%
Amoxicilline + Acide Clavulanique (AO02)	60	89.55%
Macrolide (AO03)	0	0.00%
Amoxicilline + Macrolide (AO04)	0	0.00%
Aucun antibiotique (AO05)	2	2.99%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%



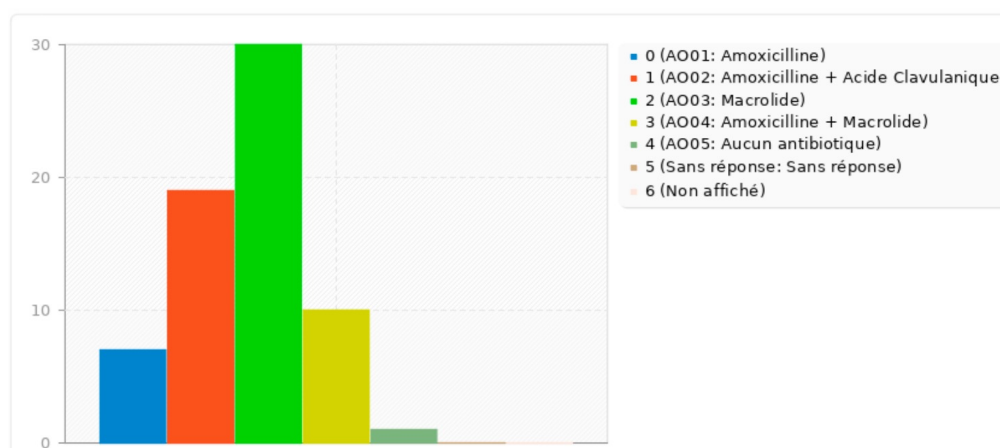
QUELLE(S) MOLÉCULE(S) PRESCRIVEZ-VOUS (UNE OU PLUSIEURS EN ASSOCIATION) DEVANT PNEUMOPATHIE TRAINANTE AVEC FOYERS DE CRÉPITANTS DANS UN CONTEXTE D'ARTHROMYLAGIES ET RHINITE AVEC PLUSIEURS CAS DANS LA FAMILLE, PATIENT DE 30 ANS ET ÉTAT GÉNÉRAL CONSERVÉ

Réponse	Décompte	Pourcentage
Amoxicilline (AO01)	0	0.00%
Amoxicilline + Acide Clavulanique (AO02)	2	2.99%
Macrolide (AO03)	64	95.52%
Amoxicilline + Macrolide (AO04)	0	0.00%
Aucun antibiotique (AO05)	1	1.49%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%



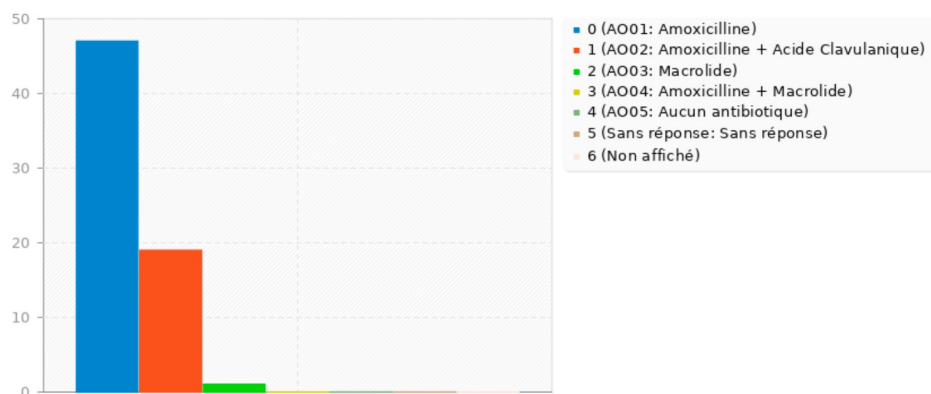
QUELLE(S) MOLÉCULE(S) PRESCRIVEZ-VOUS (UNE OU PLUSIEURS EN ASSOCIATION) DEVANT PNEUMOPATHIE TRAINANTE AVEC FOYERS DE CRÉPITANTS DANS UN CONTEXTE D'ARTHROMYLAGIES ET RHINITE AVEC PLUSIEURS CAS DANS LA FAMILLE, PATIENT DE 60 ANS ET ÉTAT GÉNÉRAL ALTÉRÉ

Réponse	Décompte	Pourcentage
Amoxicilline (AO01)	7	10.45%
Amoxicilline + Acide Clavulanique (AO02)	19	28.36%
Macrolide (AO03)	30	44.78%
Amoxicilline + Macrolide (AO04)	10	14.93%
Aucun antibiotique (AO05)	1	1.49%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%



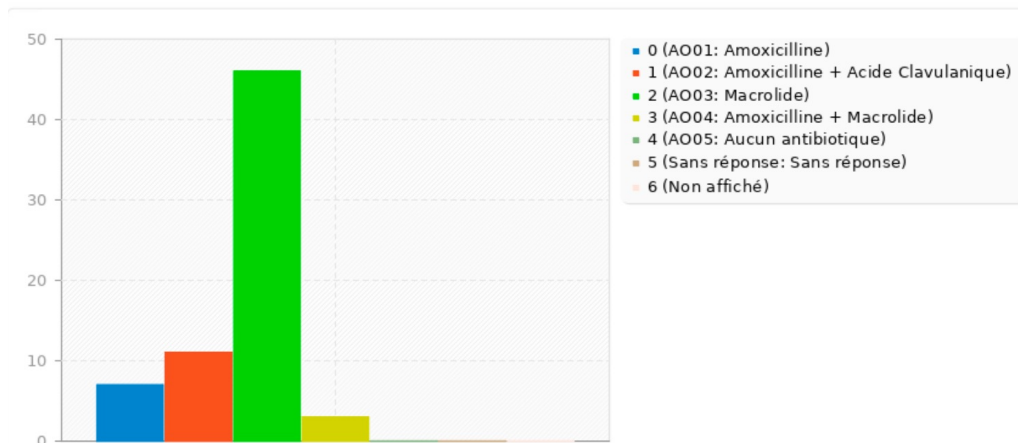
QUELLE(S) MOLÉCULE(S) PRESCRIVEZ-VOUS (UNE OU PLUSIEURS EN ASSOCIATION) DEVANT PNEUMOPATHIE AVEC FOYER DE CRÉPITANTS, CHEZ UN PATIENT ASTHMATIQUE DE 70 ANS SANS AUTRES COMORBIDITÉS, NI CRITÈRE DE GRAVITÉ

Réponse	Décompte	Pourcentage
Amoxicilline (AO01)	47	70.15%
Amoxicilline + Acide Clavulanique (AO02)	19	28.36%
Macrolide (AO03)	1	1.49%
Amoxicilline + Macrolide (AO04)	0	0.00%
Aucun antibiotique (AO05)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%



QUELLE(S) MOLÉCULE(S) PRESCRIVEZ-VOUS (UNE OU PLUSIEURS EN ASSOCIATION) DEVANT PNEUMOPATHIE AVEC PERSISTANCE DE LA FIÈVRE = 38,5° À 72H D'UN TRAITEMENT PAR AMOXICILLINE, SANS AUTRES SIGNES D'INSTABILITÉ CLINIQUE

Réponse	Décompte	Pourcentage
Amoxicilline (AO01)	7	10.45%
Amoxicilline + Acide Clavulanique (AO02)	11	16.42%
Macrolide (AO03)	46	68.66%
Amoxicilline + Macrolide (AO04)	3	4.48%
Aucun antibiotique (AO05)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%



COMMENT APPLIQUEZ-VOUS CES DIFFÉRENTS CRITÈRES EN PRATIQUE ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Je m'y réfère via mes fiches/documents (SQ001)	19	28.36%
Je compte sur les applications d'aide à la prescription (type antibioclic) pour me les rappeler (SQ002)	44	65.67%
Je les apprends par coeur (SQ003)	5	7.46%
Je retiens surtout l'essentiel : globalement j'adresse un patient aux urgences quand il me paraît grave, et je considère qu'il peut arrêter son traitement à J3 s'il est apyrétique et sans dyspnée. (SQ004)	36	53.73%
Autre	3	4.48%



A J3, VOTRE PATIENT EST APYRÉTIQUE, EUPNÉIQUE, MAIS PRÉSENTE TOUJOURS UNE TOUX GRASSE PRODUCTIVE ET VOUS RETROUVEZ TOUJOURS LE FOYER DE CRÉPITANTS À L'AUSCULTATION

Réponse	Décompte	Pourcentage
Vous arrêtez l'antibiothérapie (SQ001)	27	40.30%
Vous poursuivez la même antibiothérapie (SQ002)	36	53.73%
Vous modifiez l'antibiothérapie (SQ003)	1	1.49%
Vous prescrivez une radio thoracique (SQ004)	22	32.84%
Vous prescrivez un dosage de la PCT (SQ005)	2	2.99%
Autre	0	0.00%

