



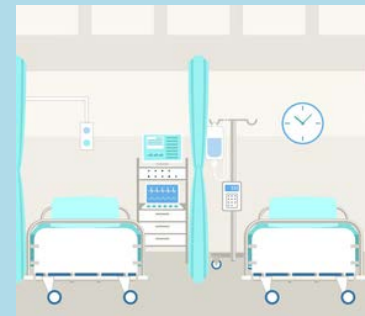
RETOUR CONGRÈS SF2H ET JNi 2025

Communications libres BHRe

- **BHRe en chambre double : comprendre les transmissions croisées pour mieux les prévenir (M.Poirel)**

sur 5 cas, facteurs de risque du cas contact identifiés =

- index de comorbidité de Charlson élevé,
- ATB en cours par C3G ou métronidazole



- **Epidémie atypique dans un CHU : l'affaire du lait contaminé (C. Bourigault)**

Epidémie d'*E.coli* OXA 48, touchant plusieurs services du même étage - plusieurs locaux communs : office, salle kiné, etc.

Atypies : patients avec peu de soins, colonisation rapide, répartition aléatoire entre les unités => hypothèse des ingestas

Prélèvement au niveau du caoutchouc du couvercle du pichet de lait chaud positif à *E.coli* OXA 48, clonal avec les souches cliniques

Changement de pichet => maîtrise de l'épidémie

Au total 283 porteurs et 2900 contacts à risque élevé



- **Variant OXA-244 : diffusion silencieuse avant explosion ? (B.Querin)**

OXA-244 : uniquement chez *E.coli*

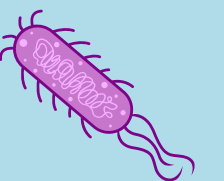
FDR = antécédent de séjour à l'étranger

PCR OXA-48 positive mais culture négative sur gélose CARBA SMART (sensibilité de 14 % pour détection des OXA-44) => nécessité d'ensemencement sur mSuperCARBA

En France, en 2019 : OXA 244 = 3,4 % des OXA-48 like et en 2023 : 15 % des OXA-48 like

=> augmentation liée à une meilleure détection ?

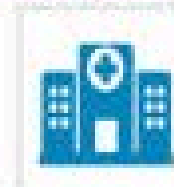
Si pas de méthodologie adaptée risque de diffusion silencieuse et d'épidémie d'infections



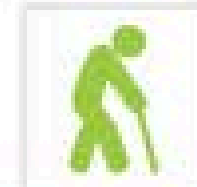
Marine GIARD, CPias ARA : GT1, HCSP Révision des recommandations BHRe

Enquete mesures BHRe : difficultés et leviers

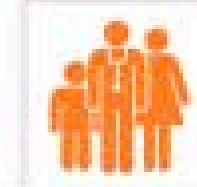
617 (21%)
établissements de santé



1353 (18%)
EHPAD



488
professionnels de ville



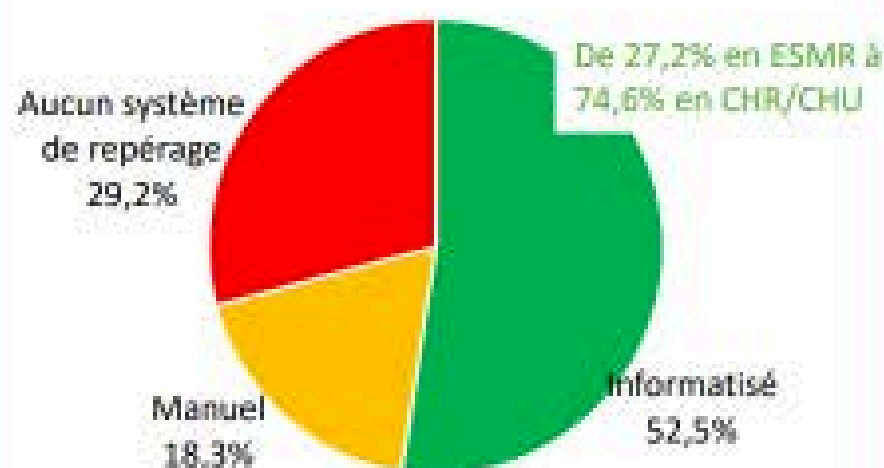
Résultats en ES:

Laboratoires : 40 % laboratoire externe, 70% en MCO et ESMR, 30% des EOH ne savent pas si envoi au CNR(>40 % si labo externe)

Stratégie de dépistage :

- 72% systématique mais difficulté d'acceptation des medecins et des patients (autoprélèvement)
- 28% alternatives : limité aux risques moyens et élevés (60%), limités aux services avec faible application PS (21%)
- Fréquence : en MCO hebdomadaire 83% et tous les 15 jours en ESMR 71% si porteur , en post expo : 83 à 87 %

Repérages:



dont 72,5% bénéficient d'une alerte en temps réel

- EPRI ou qualité : 51,5%
- service de soin : 46,6%

Possibilité, d'extraire de manière informatisée des listes de cas	n	%
de cas	350	56,7%
listes de contacts	325	52,7%

Difficultés de transfert du porteur 84,4%

Procédure particulière d'entretien chambre au départ du patient : 41%

Entretien par prestataire externe dans 20% des cas

Supports de communications disponibles porteur 90% contact 70%

SMR Accès au plateau technique dans 70% des cas

En cas d'épidémie, regroupements

Non; 19%		Oui; 81%	
	%		
Tension RH paramédical	97,5		
Refus administration	22,0		
Refus équipe médicale	14,4		
		Regroupement	Si oui, personnel dédié (59,1%) + 47,8% de tous les ES
Oui presque toujours	18,4%		7,5%
Dans la mesure du possible, quelle que soit l'évolution de l'épidémie	48,1%		41,7%
Oui seulement en cas d'évolution défavorable de l'épidémie	33,5%		50,8%
2 secteurs	82,4%	Selon l'évolution de l'épidémie	63,5%
3 secteurs	17,6%	Immédiatement dans les 24-48h	36,5%

En 2018, le coût potentiellement liés aux ISO évitables était > 800 millions €

CHIRURGIE HORS BLOC - C. Sartor

"Office -based surgery"

- Développement en France : progrès techniques, circuit court, difficulté d'accès au BO
- Evaluer les pratiques => "Non respect du rituel", Check list
- Surveiller les ISO : SPICMI : vigilance / codage des actes (PMSI)
- A intégrer dans la cartographie du risque infectieux des actes de chirurgie



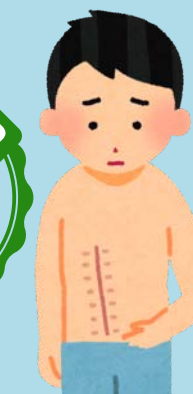
ANTIBIOPROPHYLAXIE- M. LEONE

Usage des ATB en prophylaxie : 23 % en chirurgie, 48 % en médecine, 32 % infections communautaires
90 % de compliance dans cette mesures de prévention des ISO



- Injection dans l'heure
- Molécules hydrophiles = même dose chez les obèses
- Réadministration toutes les 2 ½ vies
- Pas de prolongation après l'acte

COMING
SOON





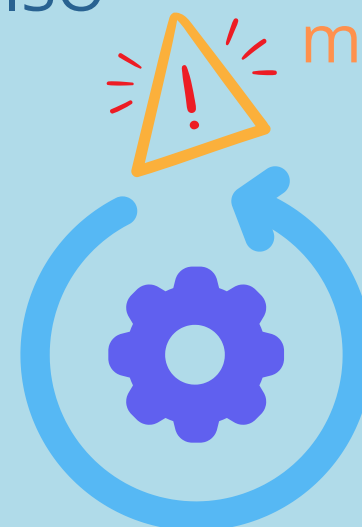
136 ETS engagés dans la surveillance et les audits de pratique
25 % des ETS surveillent les ISO

même code CCAM pour césarienne et reprise césa.

SURVEILLANCE DES ISO



- Simplifier la surveillance
- Faciliter l'extraction des données (requêtes)
- Simplifier l'accès à l'info.
- Intégrer les outils de performance



PREVENTION DES ISO



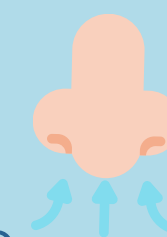
- Multiplier les canaux d'information
- Outils clés en main
- Varier les supports
- Formations flashes

DECOLONISATION en chir. mammaire prothétique- P Berger



De la surveillance à la prévention :

- **20 CLCC** de France
- Taux d'ISO x 3 à 5 en chir. carcinologique
- Reconstruction Mammaire immédiate (RMI) => majoration du risque d'ISO
- **Facteurs de risque** (Etude cas/témoin (110 ISO dont 65 % de reprise) :
 - repérage mammaire, durée acte, RMI



- Proximité entre gîte et SO
- **2/3 des ISO à SA lors de RMI**
- **Décolonisation** : toilette ATS + MUPIROCINE 5 jours



- **Etude Depistaph en chir. OT :**
 - Echec, portage intermittent ?
- **Effet bénéfique en chir. mammaire et plastique**

PRÉVENTION DES ISO EN CHIR. DE GUERRE - F. JANVIER



- Contamination précoce, délabrement
- ISO : 1/3 peau et tissu mou, 10 % atteinte osseuse ++
- Polymicrobien, Germes multiR aux ATB (Gaza et Ukraine ++):
 - clone hypervirulent et délai d'évacuation ++
- DCD dans les 24 h (gangrène)



- 1- Antibioprophylaxie adaptée à l'écologie du terrain
- 2- Technique : Garrot à bon escient, environnement du geste, prévention Tétanos...
- 3- Fermeture rapide (pression <0)
- 4- Evacuation => France et arrêt ATB

1. Positionnement de la SF2H sur les EPI à porter en cas de MPox

- Virus non classé dans le guide recos respiratoires. Maintien en REB par le Coreb
- SF2H : PCC + masque à usage médical => transmission par contact étroit lors des soins.
- Les autres sociétés savantes : PCC + FFP2

2. Recos sur les actes non invasifs hors bloc

- En cours : Pas de listing d'actes mais aide à la décision (logigramme permettant l'apport de réponses en fonction de l'analyse de risque réalisée)

3. Place des APR dans les précautions standard lors des Procédure Générant des Aérosols?

- APR : utilisation dans un contexte épidémique
- PS : port du masque à usage médical

4. FAQ sur les P. respiratoires: disponible pour les abonnés + outils GT inter Cpias à venir

5. Architecture et conception des locaux et réseaux d'eau

- Difficile de réaliser des recommandations car peu d'études scientifique . S'orienter vers une analyse de risque au cas par cas et proposer des outils d'aide à la maîtrise du risque Infectieux => Thématique abordée en 2026 à Lille

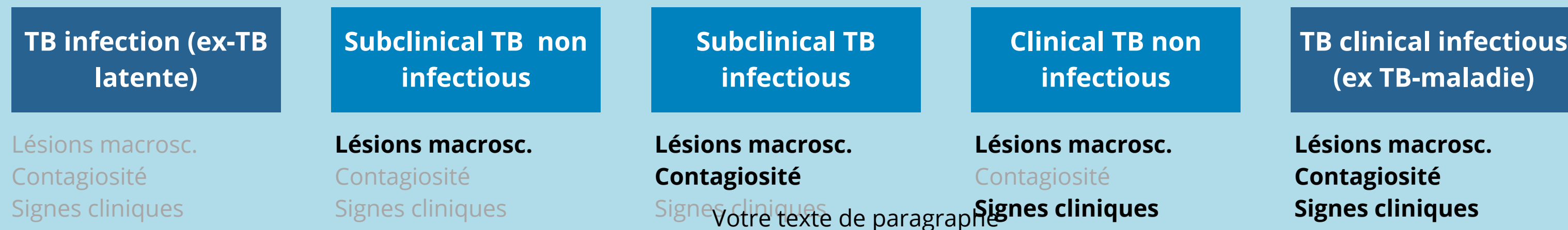
6. Gestion des points d'eau : fiche technique en cours de rédaction par la SF2H

7. Groupes de travail SF2H

- Néonatalogie : recommandations PRI lié aux KTR ombilicaux (veineux et artériels) en partenariat avec la SFN
- GT Office-based Surgery & GT prévention des ISO (partenariat avec sociétés savantes des chirurgies concernées) : Analyse du RI selon le type d'acte. Recommandations à paraître dans la revue *Hygiènes*
- GT en hémodialyse : partenariat SFPC, SFAV, SF Hémodialyse. En cours => **fin 2026**
- GT PCC-EBLSE : démarrage après les recos BHRe du HCSP => **fin octobre 2025**

Session SPILF - Tuberculose, nouveautés 2025 - Y. Kherabi

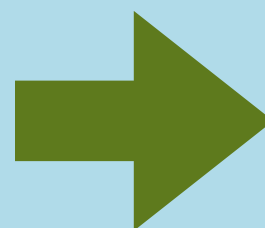
- Nouvelle classification



- Définition TB résistante (OMS, 2021)

TB MDR = R à rifampicine + isoniazide

TB XDR = R à rifampicine + isoniazide + FQ + au moins l'un des médicaments injectables de deuxième ligne (amikacine, kanamycine et capreomycine) = Pré XDR



TB XDR = R à rifampicine + isoniazide + FQ + linézolide/bédaquiline

Session plénière

Le diagnostic au service de la prévention

Nouvelles recommandations SPILF/SPLF prévues fin 2025 : prise en compte des nouvelles données

Session Internationale

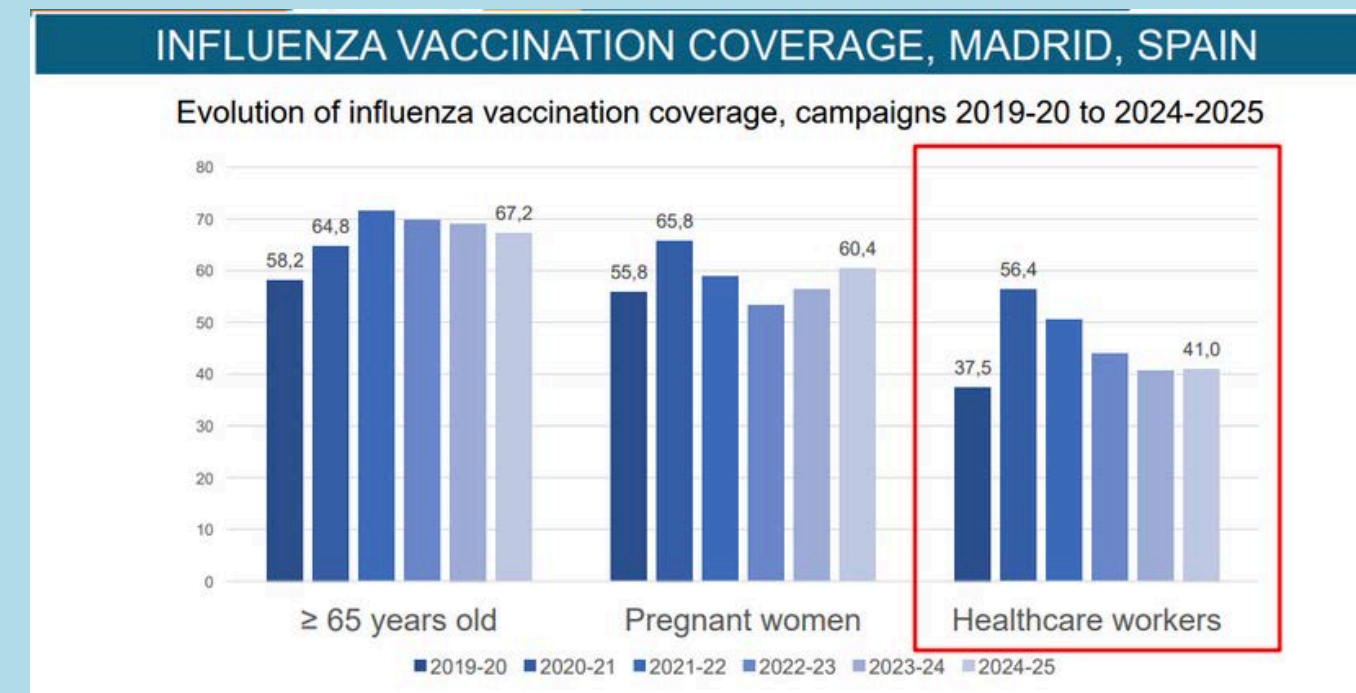
1. Revues des différentes stratégies européennes concernant la vaccination des professionnels (PS)

- **Vaccination Grippe et COVID 19 suivies par l'OMS :**
 - **GRIPPE : 70 % de CV obtenue pour les PS pour 50 % des pays de l'EU**
 - **COVID 19 : < 1% de CV => PB car les PS sont des acteurs de promotion de la vaccination**
- **Guide** OMS selon la catégorisation des risques professionnels et patients : vaccins recommandés ou obligatoires
- Obligation vaccinale dans les pays européens : Hépatite > Rougeole > Grippe
- Pour 50% des pays => vaccination Rougeole
- **LEVIERS :**
 - Education/formation des PS très tôt
 - Vaccinations obligatoires ????
 - Introduction de restriction => port du masque si pas vacciné en période épidémique
 - Implication des directions

2. Retour sur la politique vaccinale et couverture des PS

ESPAGNE

- Recommandations nationales mais autonomie des régions
- Vaccination grippe des professionnels **41%** (med>IDE>AS-ASH), > 65 ans (67%), femme enceinte (> 60%)
- **LEVIERS :**
 - En amont des campagnes : recueil CV ++ (département régional de santé)
 - Service de santé au travail associé ++
 - Information/communication (réseaux sociaux, tests des messages....)
 - Effet d'entraînement avec le PS vacciné l'année précédente (les PS s'inscrivent sur une liste)
 - Accessibilité
 - Couverture variable selon les structures.
 - Exemple d'action d'incitation : prix financier pour les services ayant la meilleure CV (au bénéfice d'une ONG)



Session Internationale

3. Revue de la littérature impact épidémie covid sur la vaccination Grippe

- Méta-analyse => Augmentation de la CV grippe pendant l'épidémie (OR 5,7)
- Baisse dans les 3 années suivantes sauf en Allemagne

4. Hésitation vaccinale chez les PS

- Importance de la conviction des PS pour convaincre leurs patients
- La dégradation des conditions de travail diminue le taux de vaccination
- **LEVIERS** : qualité de vie au travail, accès facilité, formation (innocuité et efficacité)

5. Impact des réseaux sociaux sur la vaccination Covid (*X, Facebook et YouTube*)

- 19 articles /45 relèvent un impact des Réseaux sur l'hésitation vaccinale
- Nombreuses "Fake" sur le covid, puis sur la vaccination Covid

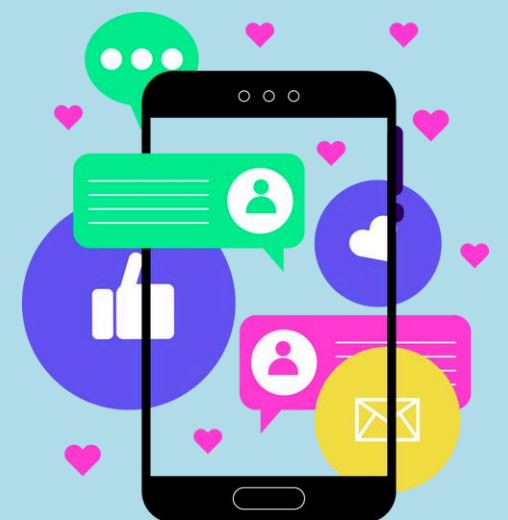
3

Intentions :

- mauvaise info sans volonté de tromper, volonté délibérée pour influencer le public, réalité exagérée

6. Revue de la littérature sur les stratégies d'implémentations vaccinations

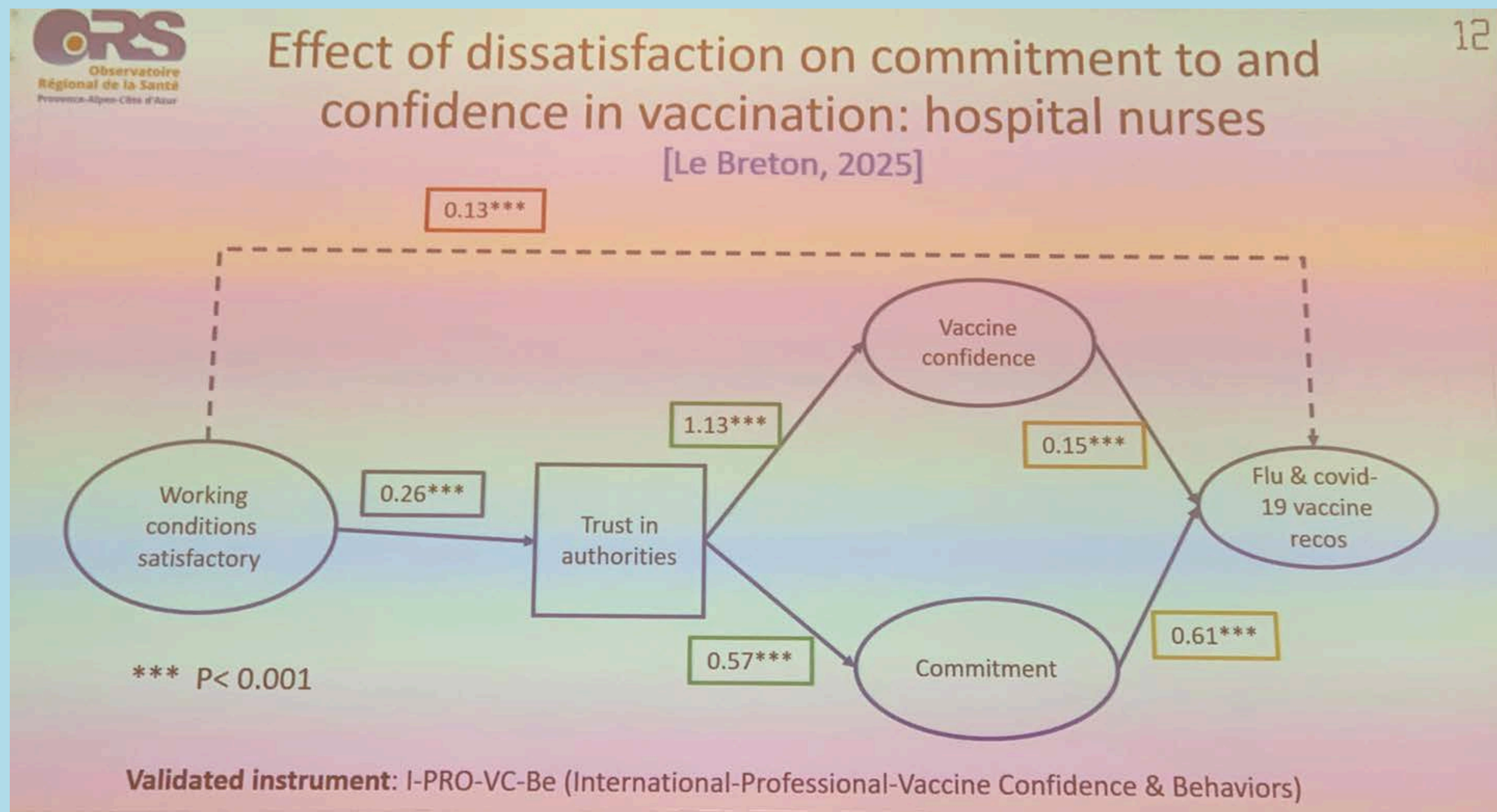
- Continuum entre anti et pro -vaccins,
- Information et éducation => Insuffisant
- Importance d'être présent sur les réseaux sociaux et de tester des messages de campagne



Session Internationale

- **Satisfaction au travail** => amélioration les attitudes et les comportements des IDE à l'égard de la vaccination
=> Renforcement de leur capacité à promouvoir la vaccination auprès de leurs patients.

LEVIERS : Amélioration les conditions de travail des PS

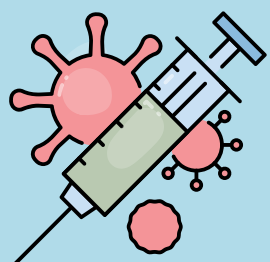


Indicateurs HAS



- Outil au service de la qualité
- Aide sous réserve d'appropriation
- Opportunité pour aller sur le terrain (EOH, EMH)

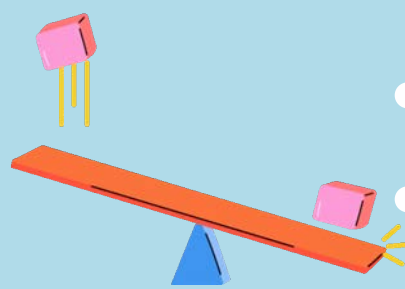
COUVERTURE VACCINALE (CV)



- Stratégie nationale 2022- 2027
- Proposé par les usagers
- 3 ans d'expérimentation
- Recueil annuel : 03 juin → fin juin

RESULTS

- Saison 2023/2024 :
 - Médiane: **19 %** (CLCC : 31%)
 - **33%** médecins/ **31%** paramed./ **11%** ASH



- Identifier des référents vaccination (*50 % de CV dès que 82,5 % de référents*)
- Surveiller la CV
- Identifier les freins individuels et organisationnels (outils, GERES, CPias, SPLIF, SF2H...)
- Suivre les PS vaccinés hors ETS



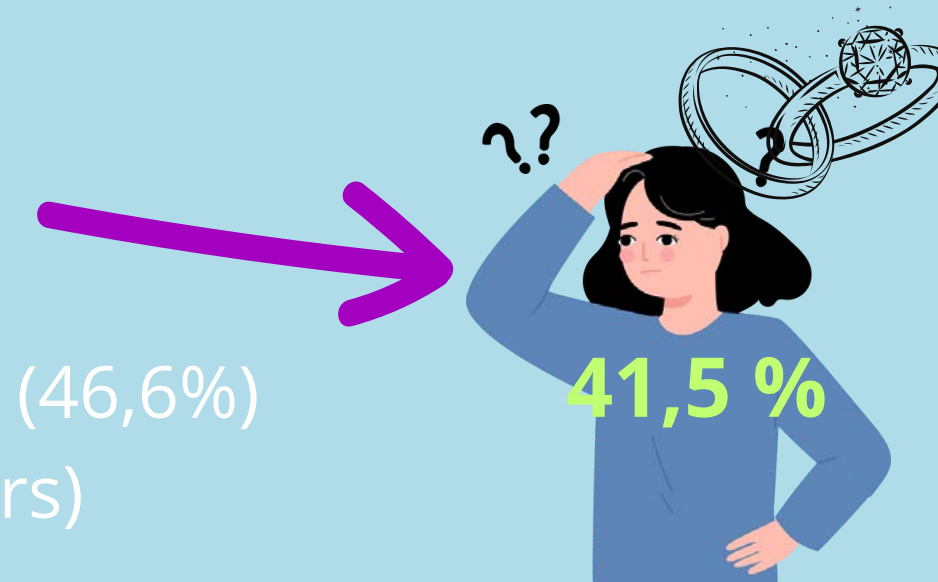
Expérience patient "HDM"



- Partenariat HAS/SF2H
- Transparence/patient
- Comparaison interETS
- Obligatoire : Janvier 2026
- Envoyé par Plateforme e-SATIS à J+2 de la sortie

5

- Disponibilité SHA dans la chambre (91,2%)
- Bijoux mains et poignets/ PS (48,9%)
- Information du patient sur HDM (31,8%)
- Sollicitation du patient pour faire une HDM (46,6%)
- HDM des PS avant contact Patient (61,9% tjrs)



RESULTS

- Taux d'expérience négative pour le patient (< 10 %)
- Taux d'expérience remarquable (> 20 %)

○ => Classement A-> D

Session SPILF

GRoupe Infectiologie Ecologie (GRINE) depuis mars 2025

- Eco-prescription des antibiotiques (ARS Normandie)
- Outil à venir : Ecovamed (analyse du cycle de vie de la production à l'élimination)
- Eco-conception : ex : IU chez l'homme (kit ECBU, antibio, etc.)

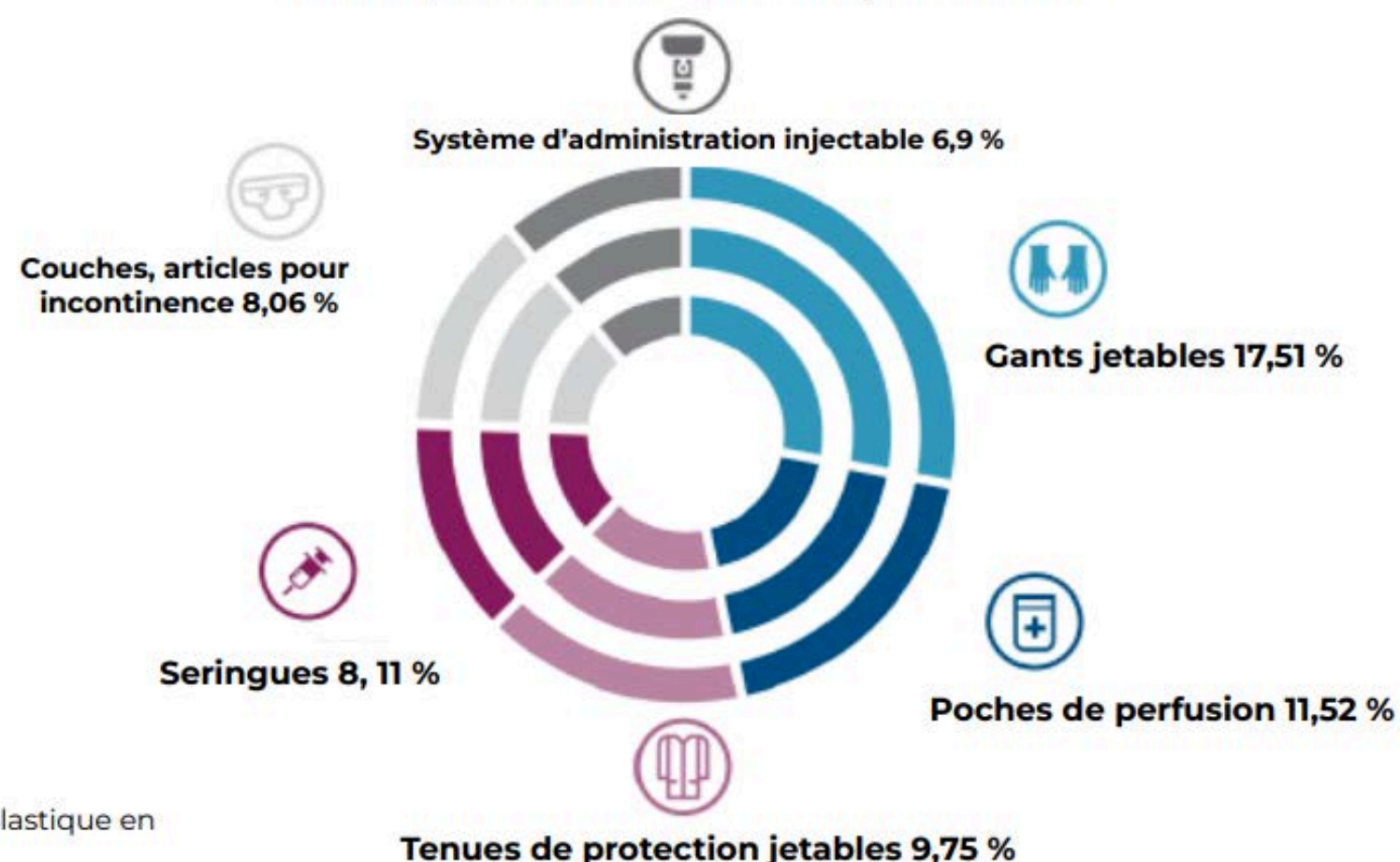


Session soins écoresponsables

Le plastique , c'est pas fantastique, Projet APMH (*Manon Roche pharmacienne*)

Projet de réduction de l'utilisation de plastique, score /prioriser les projets, 31 actions retenues et 6 indicateurs

6 catégories de produits représentent **60%** de la quantité de plastique utilisée



Action
Privilégier la voie orale / injectable
Bon usage des gants - pertinence du port de gants stériles non stériles
Plateau d'anesthésie : pertinence de l'état stérile
Régulateur de débit
Pertinence prescription solutés massifs (et adaptation du volume) et filière valorisation des déchets
Limiter déchets emballage CNO (eaux gélifiées-boisson lactée HP/HC)
Préparation/Seringue Electrique : optimisation
Set accouchement et épisiotomie
set de suture d'épisiotomie

Score / classement

0 à 5

Impact financier
Maîtrise du risque infectieux

Diminution des impacts
environnementaux

Préservation organisations /
charges de travail

Facilité à la mise en œuvre

Diffusion de la pratique

Total

28

26

25

25

23

22

21

21

21

Communications libres PM

Promotion PCI -BUA

1. Promotion HDM par l'implication des correspondants en hygiène, HCL

- Campagne animée par les CHH, kit de campagne élaboré et distribué par EOH, concours avec 4 lauréats
- 108 CHH, sur 57 services => **1698** professionnels impactés

2. BUA, coopération médecin/ infirmier, CH de Casablanca

- Enquête auprès des médecins et des IDE
- Formation des IDE - élaboration d'un guide BUA à destination des Infirmiers



3. Etude sur le suivi des PICC et MIDline, Antony

- Etude sur dossiers et registres : poses et retraits => 280 poses, 50% PICC, 50% MID
- Durée de maintien :
 - **PICC 43 jours, MID 22 jours**
- Attention MIDline utilisés pour des chimio de courtes durées (poses plus faciles)

4. E-learning PICC, CH St Etienne

- Bactériémie X2 liés aux KT entre 2023/2024 X2 (Médecine et cancéro, beaucoup d'IDE)
- Groupe de travail : "**les Copains d'abords**"
- E-learning : 10 capsules vidéo, quiz avant /après, accessibles en service ou à la maison

5. Showroom PICC-MID pour une formation rapide et efficace

- 2 ateliers, sur une journée, 13 groupes, 140 professionnels touchés
 - Identification des dispositifs : PICC, MID, Valves..
 - Refection de pansement en simulation



Conférence invitée

Différenciation des arboviroses

- **Zoonotiques** : Cycle de propagation indépendant de l'homme avec des animaux réservoir et des arthropodes vecteurs, le rôle de l'humain dans la propagation est faible ou nul, les virus ne sont pas introduits en France par des humains infectés : West Nile, Encéphalite à tique, Fièvre hémorragique Crimée Congo
- **Arboviroses non zoonotiques** : Dengue, Chik et Zika, l'homme fait partie de la chaîne de transmission, il est à l'origine de son introduction. Zika et Chik sont à risque épisodique car il y a une immunité, la dengue est à risque continu, la plus inquiétante des arboviroses pour nos contrées du fait du réchauffement climatique: cas importés : 2500 cas en 2023/ 4800 en 2024, cas autochtone 45 en 2023 /83 en 2024

Arboviroses Zoonotiques



- Il existe un cycle naturel de propagation et maintien indépendant de l'homme, avec des animaux réservoirs ou hôtes amplificateurs, et des arthropodes vecteurs
- Le rôle des humains dans la propagation est faible ou nul
- Les virus ne sont PAS introduits en France par des humains infectés

West Nile
Usutu
Tick-borne encephalitis
Toscana
Crimean Congo hemorrhagic fever virus
Dengue
Chikungunya
Zika



Arboviroses non-Zoonotiques



- L'homme est seul responsable de la propagation
- Les virus SONT introduits en France par des humains infectés
- Pas (en France, pour l'instant) de cycle naturel de propagation et maintien trans-annuel

Evaluating needle-free connectors associated backflow in Midline and peripherally inserted central catheters: A top bench study

Daniele Privitera^{1 2}, Davide Giustivi³, Elisa Nardin¹, Enrico Gianfranceschi¹, Stefania Fiorini¹, Elisabetta Fiorina⁴, Silvia Revere¹, Nicolò Capsoni^{5 6}

J Vasc Access. 2025 May 22:11297298251340469. doi: 10.1177/11297298251340469.

Bien qu'aucun dispositif n'élimine complètement le reflux sanguin, les valves à pression positive ont montré un reflux plus faible que les valves neutres ou négatives lorsqu'ils étaient utilisés avec PICC. Aucune différence entre les séquences de clampage n'a été observée pour les valves neutres

Decontamination methods of needleless connectors in central venous access: a randomized controlled trial

Yinyin Wu^{a #}✉, Wei Ding^{a #}✉, Fengqin Tao^b✉, Qianhong Deng^b✉, Pingfan Wang^c✉, Bilong Feng^a✉

Journal of Hospital Infection Available online 26 April 2025

360 valves provenant de 111 patients adultes atteints d'un cancer avec accès veineux central randomisés selon six protocoles : 75 % d'éthanol ou 2 % de CHG dans de l'éthanol, chacun étant nettoyé pendant 5, 10 ou 15 secondes.

Contamination retrouvée dans 80,6 % , Aucune différence significative n'a été observée entre l'éthanol à 75 % et le CHG à 2 % dans l'éthanol ($P > 0,05$). Cependant, le nettoyage de 15 secondes a obtenu une efficacité supérieure à celle des protocoles de 5 secondes et 10 secondes ($P = 0,024$).



Session plénière - Actualités

Prévention des infections liées aux cathéters ombilicaux

GDT SF2H- SFN, recommandations à venir, 2026.

Enquête SPIADI ChronoBIOnline 2024 : Étude de la contamination microbienne de la ligne de perfusion principale selon la durée d'utilisation en néonatalogie

- Analyses microbiologiques et observations des pratiques (Type de ligne, longueur, durée de maintien)
- 108 lignes étudiées, 309 prélèvements, 12 services soit 1/6ième des services de néonatalogie en France
- 22% des lignes contaminées
- 12 lignes contaminées à S. Coagulase négatif, 10 lignes à Bacillus. non céréus
- 3 facteurs de risque identifiés : **lignes de longueur > à 50 cm, systèmes multilignes, les lignes retirées après 7 jours**
- Les résultats soutiennent les recommandations concernant la durée d'utilisation

Ainsi :

- Limiter la longueur des lignes
- Limiter la durée d'utilisation à 7 jours
- Pour les systèmes multilignes : manipulation en respectant des conditions strictes d'asepsie, rinçage et usage continu des lignes

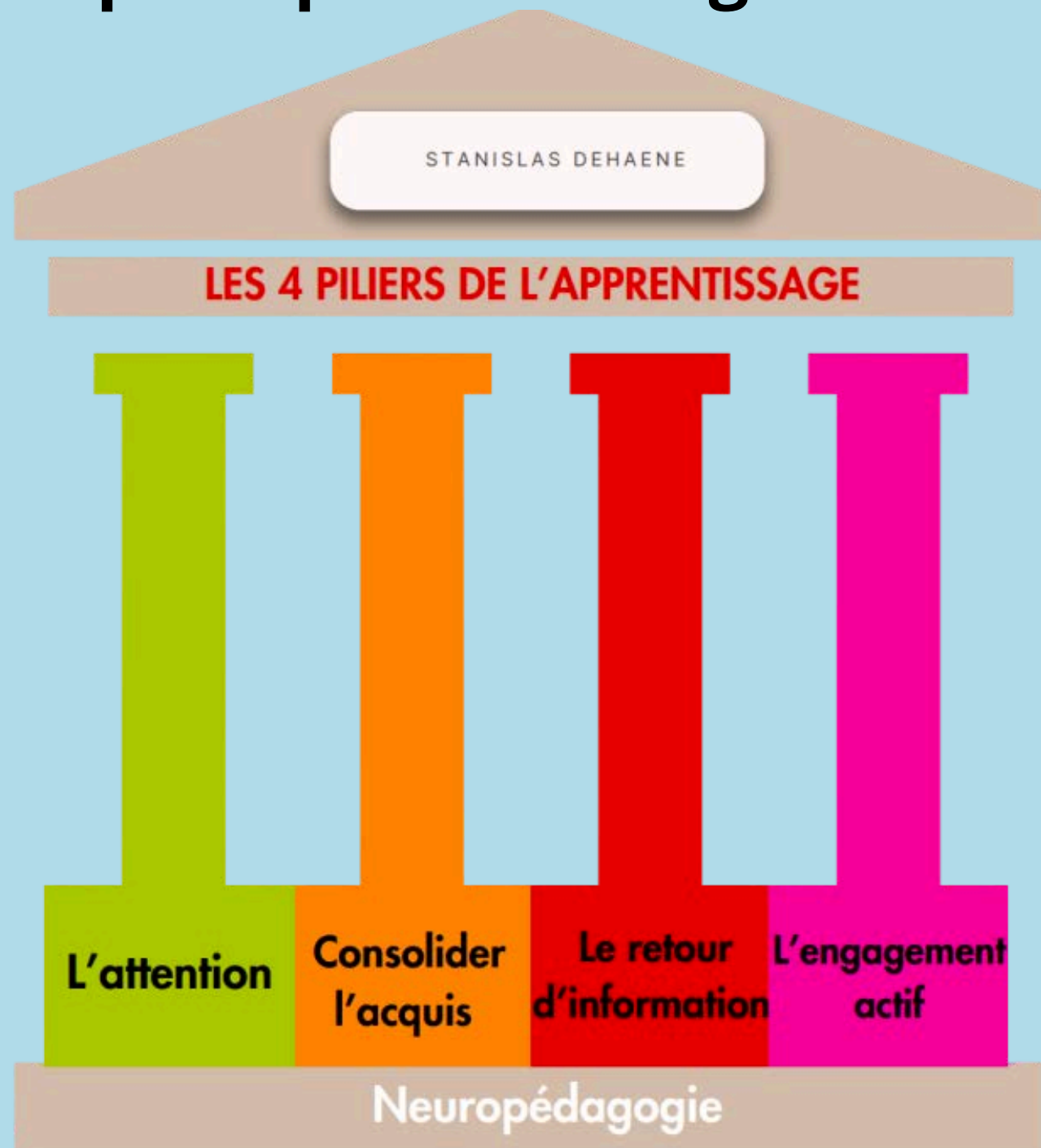
Session plénière - Nouveau-nés ou patient très âgé: des challenges pour la PRI?

Des risques majorés... du plus petit au plus vieux :

Des solutions simples : mesures d'hygiène de base. Penser aux spores (Clostridium, Bacillus)

Des solutions complexes individuelles et collectives : vaccination , organisation, multimodales (Prévention primaire, secondaire)

- **objectif : découvrir comment la neuropédagogie peut changer les pratiques d’enseignement et de présentation**



Attention / Motivation

L'intelligence collective / Pédagogie active

Théâtralisation / Émotions et réalité

Sobriété et Simplicité

Cibler le message à passer

JPRI “ le changement mission-possible ” : engagement-gagnant

PEREIRA-COLOT Marina
**Engagement, gain de temps
compétence collective**

Accepter

Résistance au changement
Naturelle et à anticiper

Vouloir comprendre
Être à l'écoute

**“les ogres sont comme les oignons,
ça a des couches”**

Préparer

Pourquoi Qui
Quoi Comment

Créer du lien

Partir du réel ,feed-back...

Assertivité

**Poursuivre un objectif
et non résoudre un problème**

Co-construire

Méthode OVNI

**Objet Verbal
Non Identifié
(prendre le temps reformuler**

Ludo-pédagogie

**Séquences de courte durée
45 mn max , jeux de rôle ,
activité ludique , support
interactifs , IA...**

Espace documentaire



Forum

- Accès à l'espace documentaire sans création de compte
- Si création d'un compte :
 - Accès à l'espace documentaire et archivage des résultats des recherches dans favoris,
 - Réception les jeudis des nouveautés par mail (En cochant “Nouveautés” dans Mes alertes/Dossiers de veille)



- Recherches :
 - A partir d'un mot (Dans titre, contenu)
 - Recherches avancées : critères figés
 - Recherches multi critères : choix des critères



- Accès si création d'un compte
- Classement par thèmes
- Echanges supervisés par un modérateur
- Possibilité de se désabonner



LILLE
3-5 JUIN
2026

XXXVI^e congrès national
de la Société Française
d' **Hygiène Hospitalière**

Thèmes du congrès

- Architecture des espaces de soin : la PRI à tous les étages
- Intelligence artificielle : quelles opportunités au quotidien ?
- Soins critiques : l'infection en ligne de mire
- La PRI dans les tuyaux : du microbiote digestif à l'environnement

Bon usage des ATB



STEWARDSHIP en antibiothérapie : "BUA/MUA" ou "Gestion responsable des ATB"

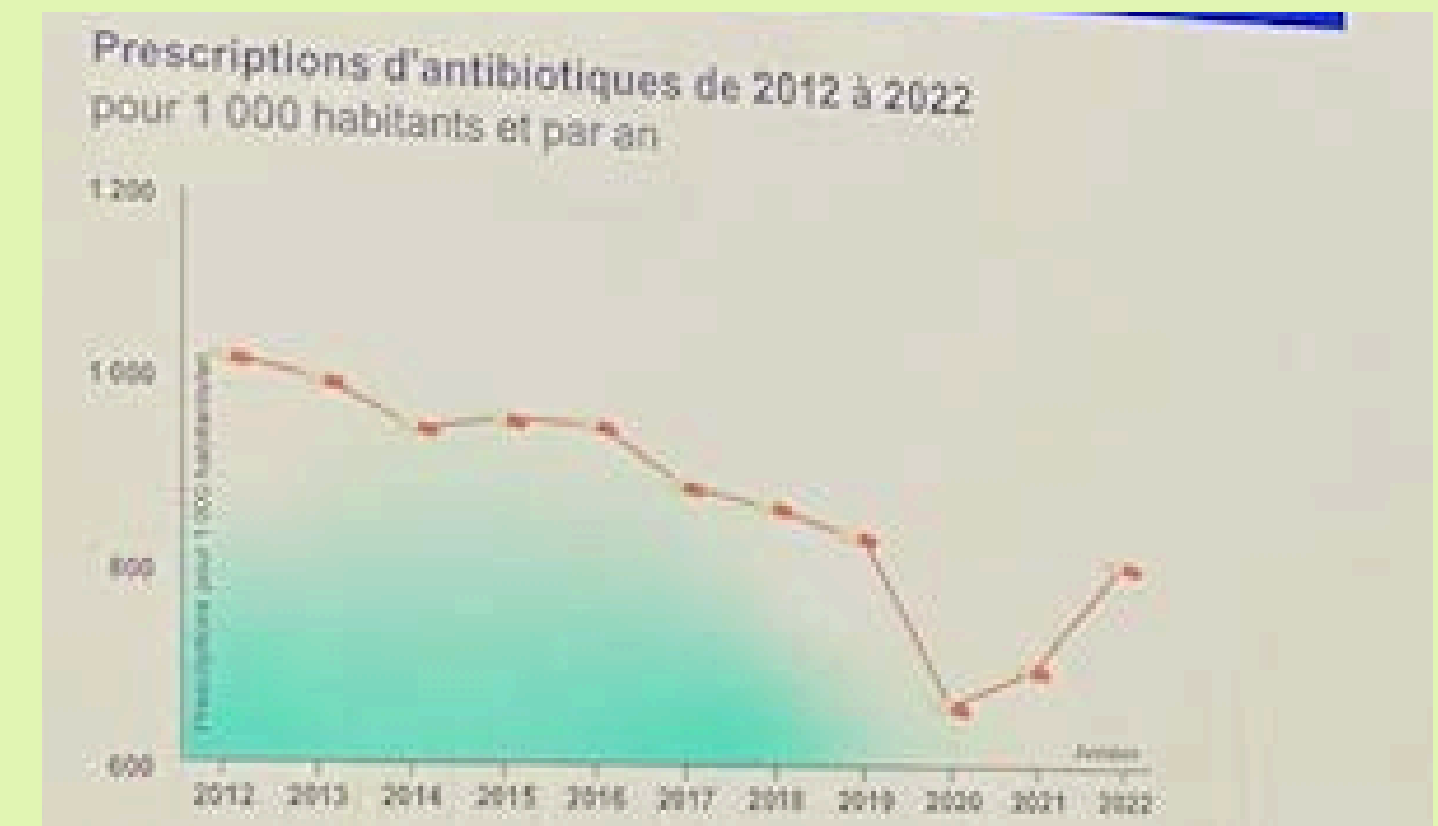
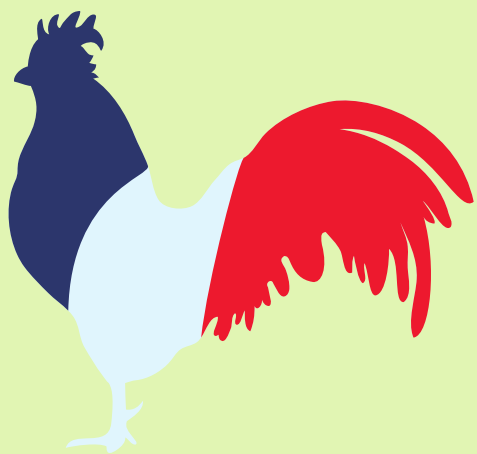
"Gestion en un ensemble cohérent d'actions pour garantir l'accès durable à une thérapeutique efficace"

50 millions d'années de perdues

1, 27 millions de décès attribuables directement à AMR en 2019

Lancet 2022; 399; 629-55

**La France voyage
en seconde classe**



Bon usage des ATB



Il faut un STEWARDSHIP ...des stewards dans le...

Bon usage des antibiotiques



Impact individuel

BUA individuel



Impact collectif

BUA collectif



Optimiser le traitement

- Diagnostic
- Bonne molécule
- Optimisation du PK/PD
- Bonne durée

Hopital



Ville

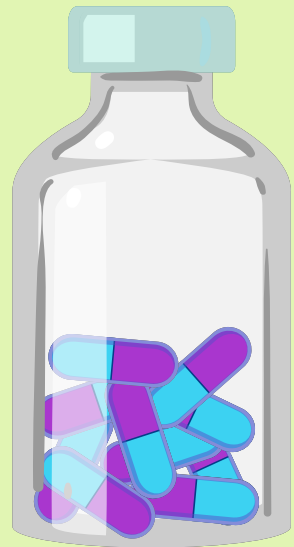
Limiter la dissémination/émergence

- Mesures barrières
- Limiter les ATB inutiles
- Meilleur usage des ATB (spectre, posologie, durée)

Bon usage des ATB



Les FQ font de la résistance

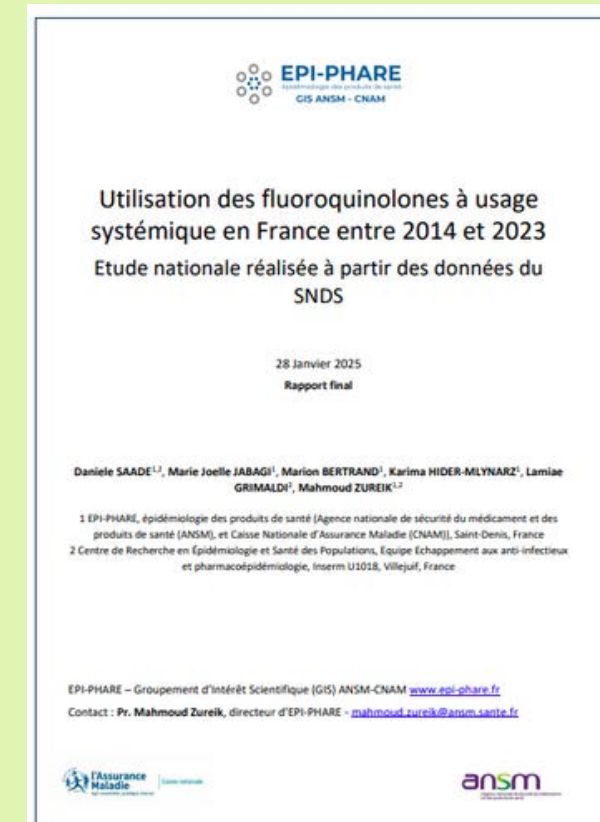


- **Diminution de l'utilisation depuis 10 ans (- 50%)**
 - 7,6 % des ATB en 2014=> 4,4% en 2023
- **Baisse des délivrances en ville**
 - 83% des prescriptions par MG et 2% par ophtalmo.
- **Molécules formidables :**
 - bactéricidie / AUC dépendante
 - diffusion osseuse +++
 - effet post ATB
 - très bonne biodisponibilité

Mais :

- Pression de sélection ++
- Impact sur le microbiote
- Effet secondaires persistants (QR code sur boîte et association d'usagers => retrait comme en Belgique)

SC • **1/3 des prescriptions : NON JUSTIFIEES EN 2025**





1. La bonne indication

- Indication préférentielle :
 - voie orale/spectre/diffusion prostate/os/neuromeningée..
- En cas d'allergie ou de CI aux autres ATB
- Absence d'indication : 1/3 non justifiées

2. La bonne dose (*SA et PAER*)

3. La bonne durée

4. Respect des précautions d'emploi

- Terrain : âge, tendinopathie, ATCD cardiovasculaires, fonction rénale
- Co-médications : corticoïdes, QT, interactions mdts...

5. Eduquer les patients à la surveillance

Mise au point sur le bon usage des fluoroquinolones – Actualisation
2025 de la SPILF et du GPIP - 24/05/25
The latest updates on the proper use of fluoroquinolones – Actualisation 2025 update by the SPILF and
the GPIP
Doi : 10.1016/j.mmifmc.2025.04.368

Bon usage des PVts

LÈVE LE PIED SUR LA CRP



Une CRP augmentée

- n'est pas synonyme d'infection
- n'est pas une indication à une antibiothérapie

Guidelines

ID Now 2025

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by the French infectious disease society (SPILF) and the French-speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by the French intensive care society (SRLF), the French microbiology society (SFM), the French radiology society (SFR) and the French emergency society (SFMU)

- Ne recommandent pas l'utilisation de la CRP dans le diagnostic / suivi
- Ne recommandent pas l'utilisation systématique de la PCT dans le diagnostic / suivi
- Antigénuries Légionelle / Pneumocoque uniquement pour pneumonie sévère hospitalisée
- ECBC si pneumonie sévère, si pneumonie hospitalisée au cas par cas
- Hémocultures si pneumonie sévère, si pneumonie hospitalisée au cas par cas (immunodépression, traitement antibiotique récent, etc.)

Bon usage des PVts

sCRP (*Synovial*)



- Performances
- Cout faible (0,38 HT)
- Facilement disponible
- Valeur quantitative
- Interet en association avec la seCRP (IOAP chronique)



- Sensibilité diminuée dans les IOAPs chroniques
- Seuil ?
- Pathologies inflammatoires et infectieuses

Usage vertueux des ATB

Les règles d'or

- Moins prescrire : pas d'indication ATB sauf....
- Mieux prescrire
- Tenir compte de l'impact environnemental



OUTIL CAREBONE DE L'AP-HP

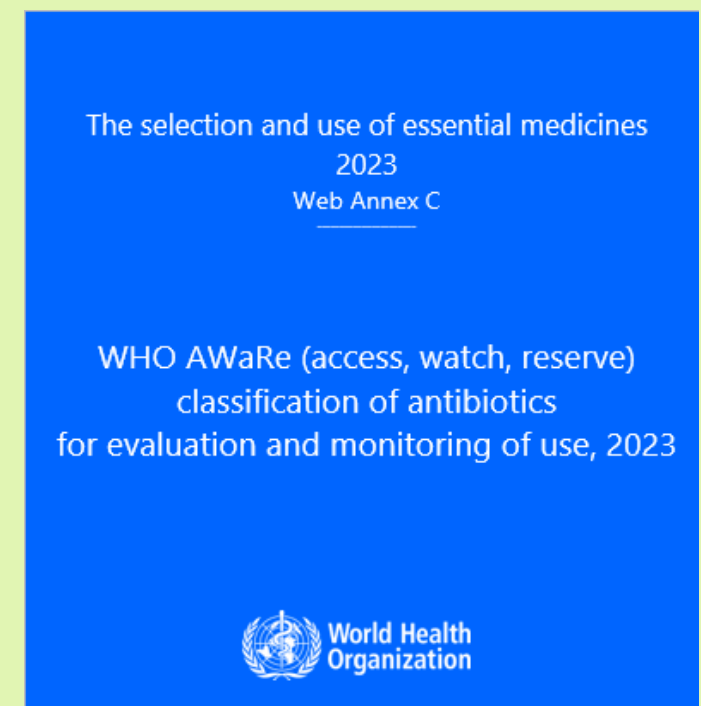
ECOTOXICITE : indice PBT (*Persistent Bioaccumulative and Toxic*)

Guide OMS pour les ATB PNEC

(*Predicted No Effect Concentration /la plus forte conc. sans effet sur l'environnement*)



<https://dispose.aphp.fr/userportal/#!/shared/public/92jN23VozfrlaM3i/bc0c99fa-be02-4f4d-96b5-cb67d2a8b823/FR/1.%20Outil%20Carebone>



CEFTRIAXONE / CEFOTAXIME

Impact environnemental !!

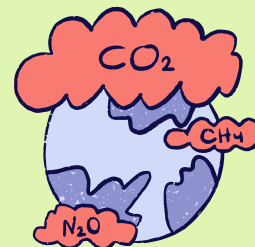
CEFTRIAXONE 2 fois moins carbonée que CEFOTAXIME



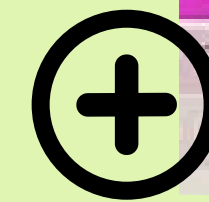
Remplacer la CRO par le CTX à l'AP-HP



440 713 euros



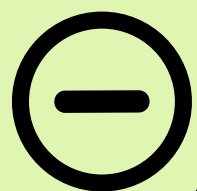
360 tCO2e



20 000 kg

Molécule	PBT	PNEC _{res}
Ceftriaxone	6	0,33 ug/l
Cefotaxime	9	0,13 ug/l

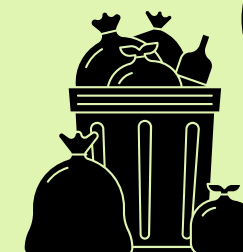
Remplacer CTX par CRO à l'AP-HP



490 154 euros



400 tCO2e



22 000 kg

Usage vertueux des ATB

Et si on parlait de voie d'abord ?

Pistes d'actions : éco-soins en Maladies Infectieuses

- Voie orale > IV
- IVD > IVL
- Voie IV continue > discontinue
- Ceftriaxone vs cefotaxime

Nécessité de travaux complémentaires

Construction d'un éco-score spécifique ATB

- Meilleure appréciation de l'éco-toxicité
- Prise en compte de l'impact sur le microbiote

Usage vertueux des ATB



Et si on parlait de prévention de la transmission croisée



Taille 7 1 boîte de 100	Kg CO2e	KM
GANTS NON STERILES	7	32,2
GANTS STERILES	80	368

| P. aeruginosa R

- Tester l'ensemble des molécules actives sur le PAER dès que R aux ATB de 1^{ere} ligne
- Rester vigilant/ méthodes de détermination de la sensibilité des nouvelles associations et du Cefidérocol
- Déterminer le mécanisme de résistance
- **Colistine pour les pneumopathies => Uniquement en Aérosols**
 - patient ventilé, AE ultrasonique ou à plaque vibrante
- **Cefiderocol en soins critiques :**
 - **Objectif PK-PD :** 4-8 X CMI => 19 à 38 mg/l.
 - Préférer perf. continue >> à administration discontinue (70 % de fixation au PP)

Tout savoir sur la stabilité des MDTs après reconstitution



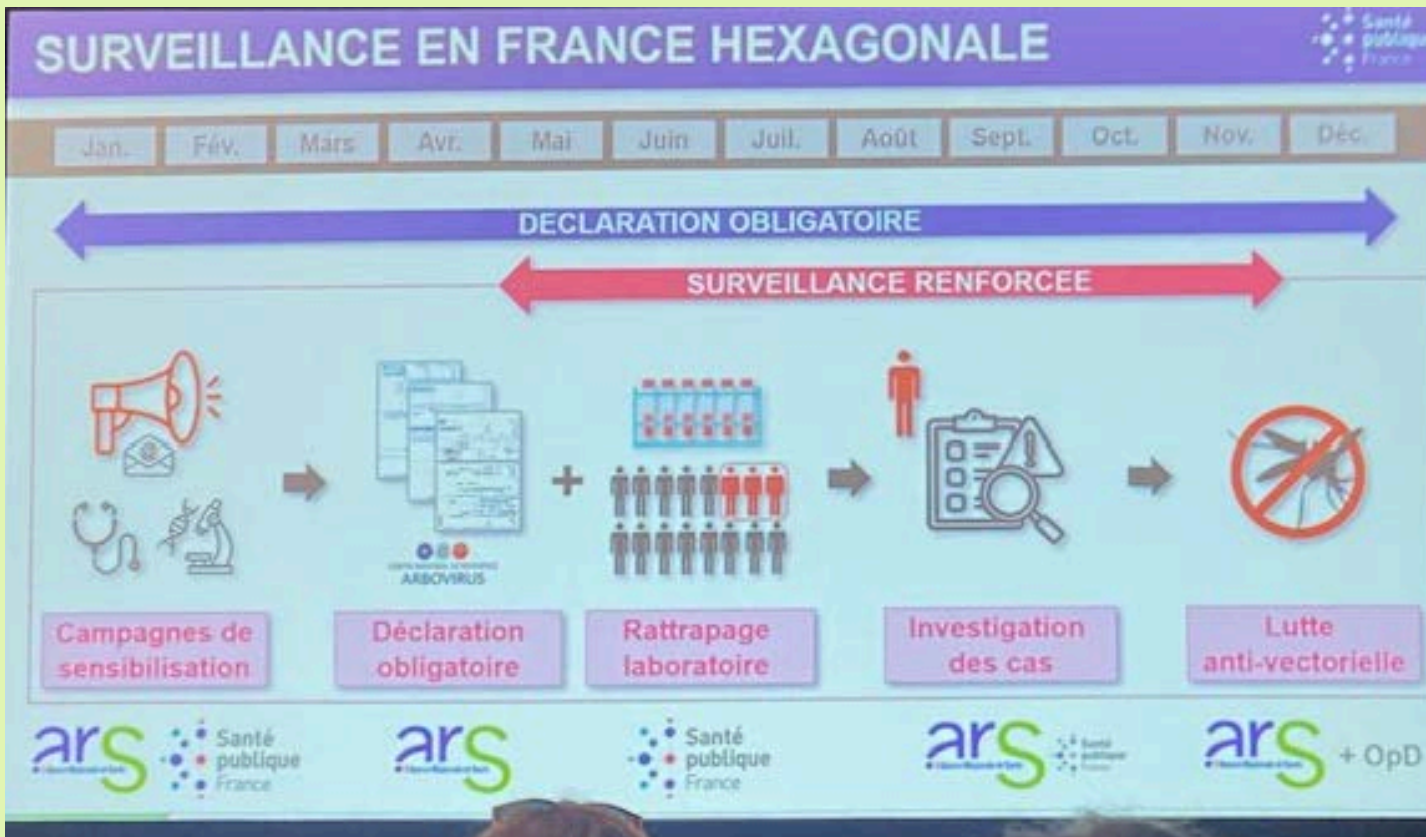
vidalfrance.com

<https://www.vidalfrance.com> > fonctionnalités > stabilis ⋮

Stabilis VIDAL - Base de données de stabilité et compatibilité

- Préparer soigneusement les aliments à mettre en conserve
- Respecter les consignes de stérilisation
- Ne pas consommer les boîtes de conserve déformées, bombées ou avec une odeur suspecte
- Respecter la chaîne du froid
- Ne pas faire consommer de miel aux enfants de **moins de 12 mois**





IDENTIFICATION DES CAS

- Professionnels de santé : **42%**
- Porte à porte : **34 %**
- Interrogatoire d'un cas autochtone : **12 %**
- Rattrapage laboratoire : **10 %**

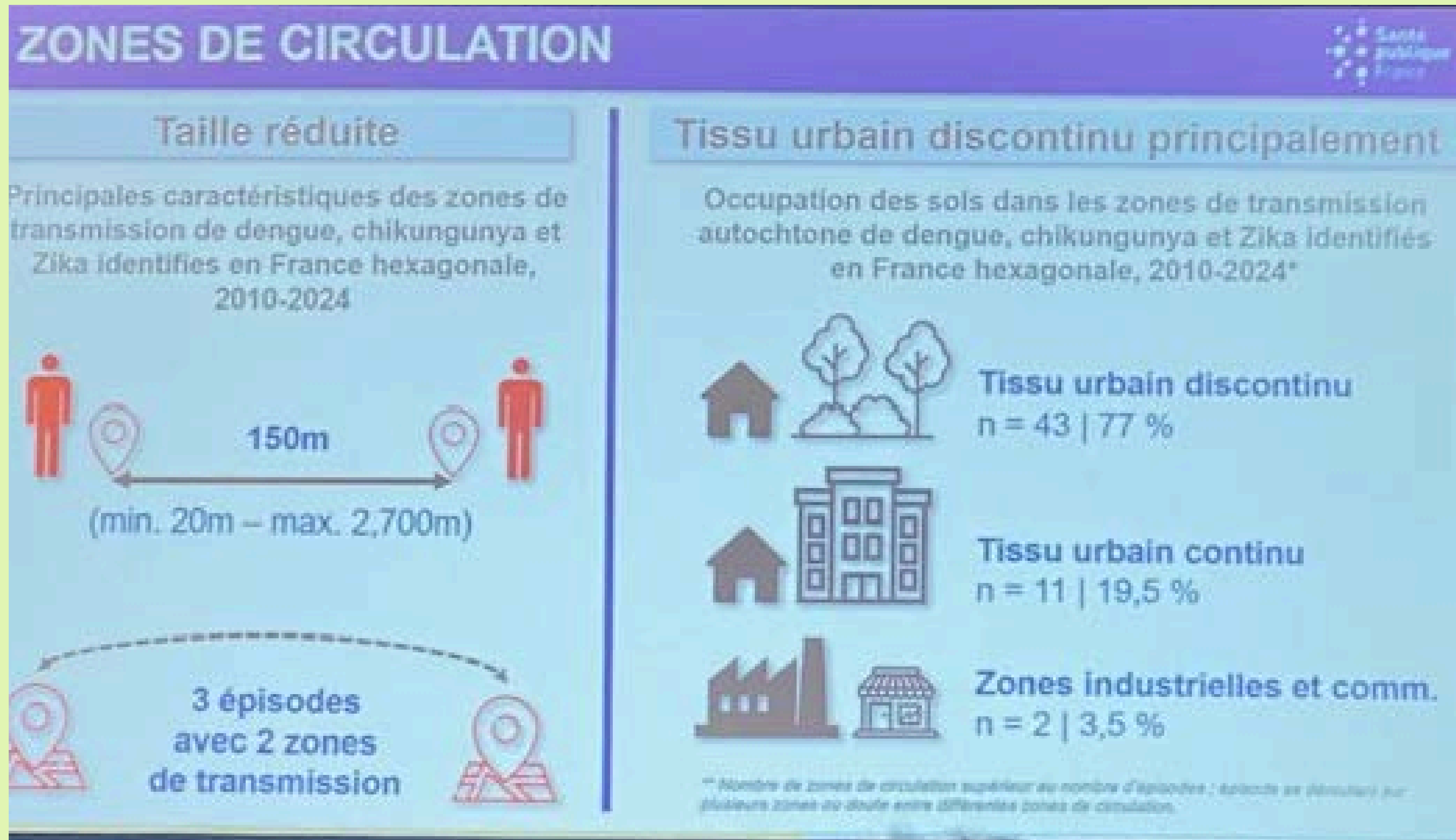
CAS IMPORTE

- Eviter/réduire le risque de transmission locale



CAS AUTOCHTONE

- Contrôler la transmission pour éviter une épidémie



Pré-requis pour démontrer une efficacité

- Avoir un diagnostic et une bactérie => réaliser un phagogramme
- Disposer de bactériophages avec activité lytique vis à vis du pathogène
- S'assurer de l'accessibilité du foyer infectieux
- Respecter un niveau de contamination qui permet la répllication des phages (densité bactérienne > 10⁴ UFC/ML)
- Prendre en compte l'usage d'ATS associés virucides ou bactéricides et d'ATB
 - => altérer le phénomène d'auto-amplification
- D'évaluer l'émergence possible de R aux phages => **échec thérapeutique**



IMPACT DES ATB EN FIN DE VIE

INDIVIDUEL

- Effets indésirables : 4-35 %
(allergies, toxicité, surinfection (CD, candida, BMR...)/ Peni. et vanco.++)
- Gestes invasifs
- Prolongation durée H
- Retard de la PEC palliative pure
- Prolonger la survie ?



- Situation fréquente avec surutilisation des ATB
- Situations complexes
- Peu de données scientifiques et pas de reco. de BU
- Impact individuel et collectif

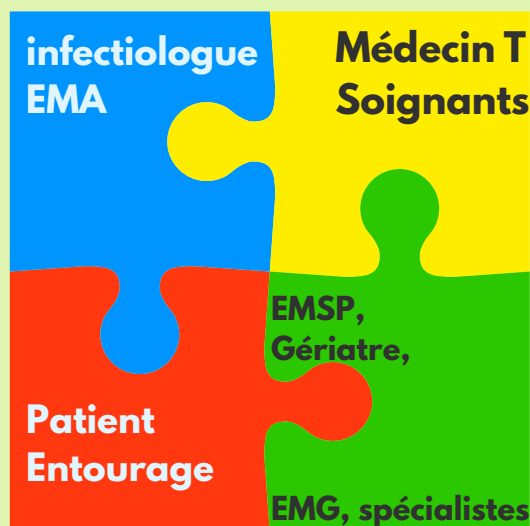
COLLECTIF

- Cout de l'ATB financier et humain
- Fardeau de l'ATB-résistance

- Objectif :
 - Analyse de l'apport d'une évaluation de Soins Palliatifs et de l'impact sur ATBthérapie en Corée du Sud
- Résultats :
 - 1143 patients analysés
 - 940 (82%) avaient des ATB dans les 3j précédant le décès
- Moins d'ATB reçus dans le groupe avec consultation de soins palliatifs 344/468 (74%) vs 596/675 (88%)

The impact of palliative care consultation on reducing antibiotic overuse in hospitalized patients with terminal cancer at the end of life: a propensity score-weighting study

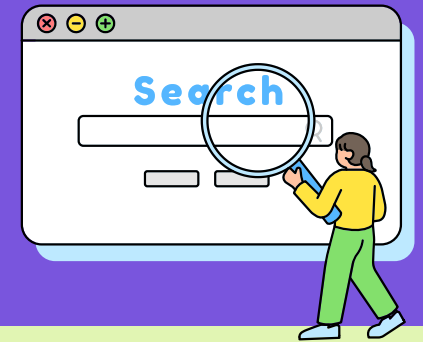
Jeong-Han Kim¹, Shin Hye Yoo^{2*}, Bhumsuk Keam^{2,3} and Dae Seog Heo⁴



Quelle est la part de l'infection dans le pronostic et l'inconfort ?



RECHERCHES



FeCes : Fecal transplantation to eradicate Colonizing emergen tSuperbugs

- Déterminer l'efficacité de la transplatation fécale pour décoloniser les patients porteurs d'EBLSE ou BHRe à J30 +/- 10j)
- Inclusion :
 - 18 ans => 105 ans
 - Au moins 1 écouvillon +
 - Pouvoir avaler 50 gélules/ jours

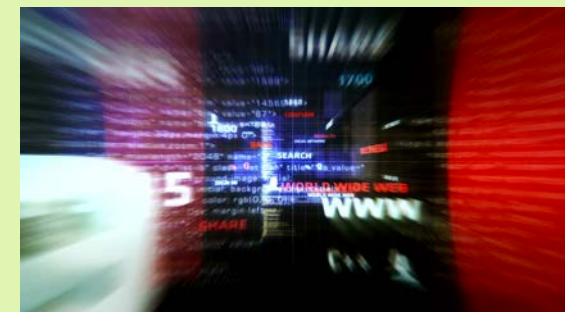
ATB en soins palliatifs



- Symptômes fonctionnels urinaires (70 -92%)
- Gêne buccale candidoses
- "Etat général"



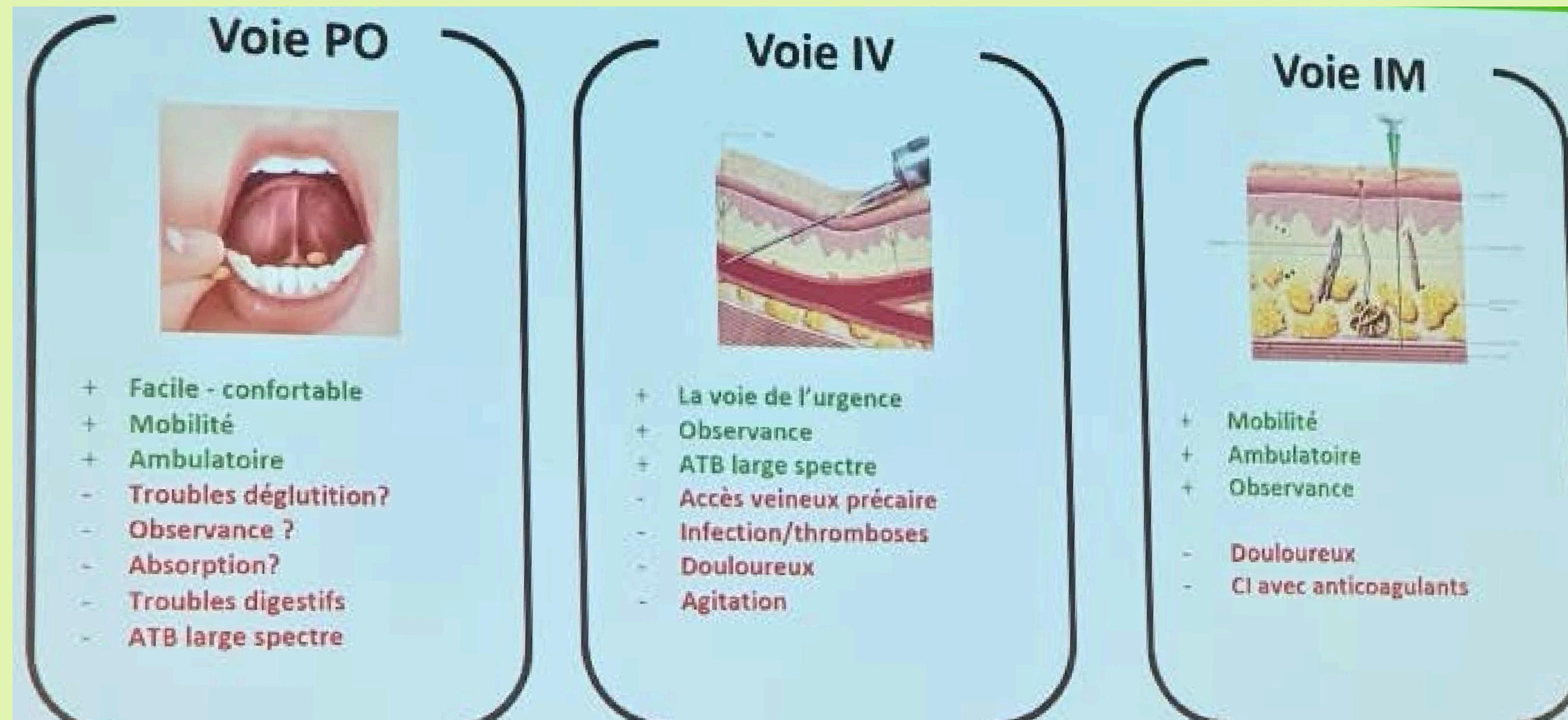
- Signes respiratoires
- Fièvre
- Plaies infectées



BUA et paramédical

Antibiothérapie et voies d'abord

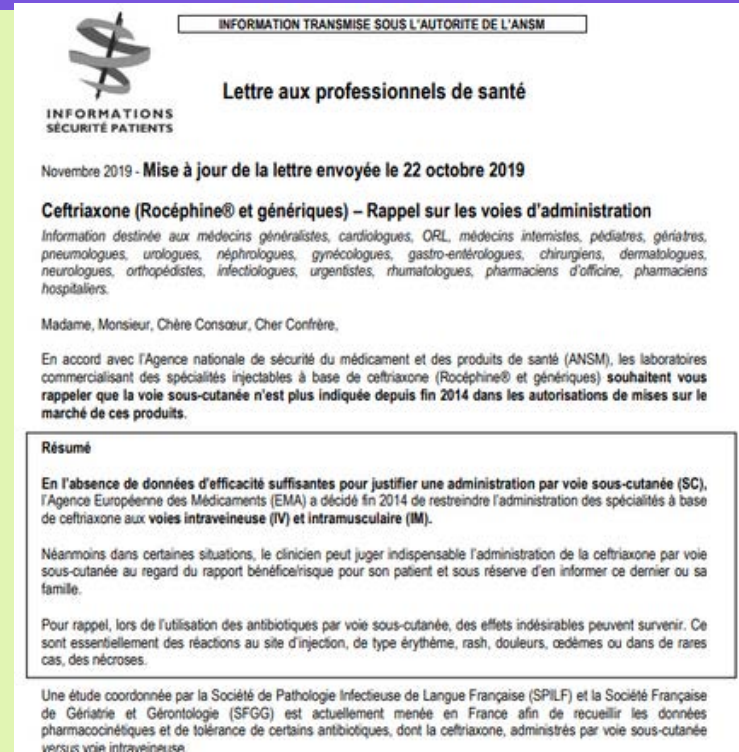
Aucune voie n'est parfaite



BUA et paramédical

Antibiothérapie en voie sous-/cutanée *E. Rudelle, IDE (Chambéry)*

- **100 % pour la Ceftriaxone** si le rapport bénéfice / risque est jugé favorable
- **Autres ATB possibles en SC :**
 - Ertapénème, méropénème, pipéracilline-tazobactam, céfazoline, témocilline et Teicoplanine (*certaines bétalactamines sur avis spécialisé*)
- **Spécificité française** (inexistante aux USA, ni secteur anglo-saxon)
- **Hors AMM depuis 2014**
 - message ANSM en 2019 qui ne l'autorise plus
 - correctif GINGER pour l'accorder dans certaines situations



Journal of Aging 2016; 44: 151–155
© The Author 2016. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

Tolerance of subcutaneously administered antibiotics: a French national prospective study

JARIE ROUBAUD-BAUDRON¹, EMMANUEL FORESTIER², THIBAUT FRASSE³, JACQUES GALLAT⁴,
NOËL DE WAZÈRES⁵, LEONARDO PAGANI⁶, ISABELLE INGRAND^{6,7}, LOUIS BERNARD⁸, GAËTAN GAVAZZI⁹,
ARC PACCAUN¹⁰; Intergroupe SPILF-SFGG

GInGer
Groupe Infectio-Gériatrie

Spilf

- Étude multicentrique observationnelle prospective
- 66 prescripteurs participants de 50 SMIT et gériatries
- Mai à sept 2014
- Tout patient avec au moins un jour de trt AB SC inclus
- 219 patients inclus
- 163 sous ceftriaxone (74,4%) et 30 sous ertapénème (13,7%)
- Recours à la SC car capital veineux précaire (65,3%) et/ou soins palliatifs (32,4%)
- 50 patients (22,8%) avec au moins un effet secondaire local
- FR effet secondaire : teicoplanine (p = 0.002) et utilisation de catheter rigide (p= 0.009)
- Dans >80% des cas, AB SC bien toléré et associé à une amélioration clinique

BUA et paramédical

Antibiothérapie en voie sous-/cutanée



thrombose, infection

Accès veineux précaire

Évite procédure invasive

Geste simple

- Temps
- Confort

- EHPAD
- Retour à domicile

Très utile en cas de confusion

HAS CNP POINTS CLÉS ORGANISATION DES PARCOURS

Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées

Ker et al. Cochrane Database Syst Rev 2015, Covinsky et al. JAMA 2011, Stoner et al. Patient 2014

Tolérance

Sous-estimation des EI locaux

- Très peu de données
- Mal recherchés

- 219 patients – 50 centres
- Étude prospective
- 20% EI locaux
- Douleur (modérée et transitoire)
- Rarement associée à 1 DMS

Pain 43%

Induration 25%

Hématome 23%

Erythème 9%

Injection

Cathéter rigide

Injection < 5 min

Teicoplanine

Roubaud-Baudron et al. Age Ageing 20

BUA et paramédical

Important !!

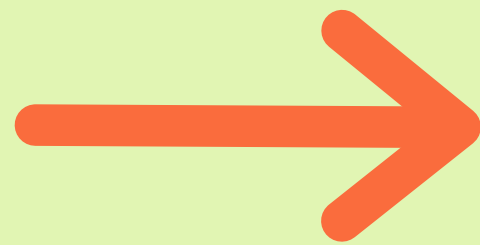
EN PRATIQUE

- Possibilité de débiter l'antibiothérapie directement par voie SC, sans phase initiale par voie IV (ceftriaxone, ertapénème, méropénème, pipéracilline-tazobactam, témocilline ou céfazoline (protocole institutionnel)
- Réaliser une dose de charge initiale de téicoplanine par voie IV et relais par voie SC
- **Attention : informer le patient (obtenir son accord) et le pharmacien, ordonnance précisant la prescription hors AMM, à l'hôpital ce sera sous couvert d'un protocole institutionnel**

- Surveillance du point de ponction
- Sites de ponction à privilégier : flanc, cuisses
- Perfusion lente : 30 à 60 mn
- Mêmes posologies et dilutions que celles en IV
- Pas de contre indication en cas de traitement anticoagulant ou anti-agrégant



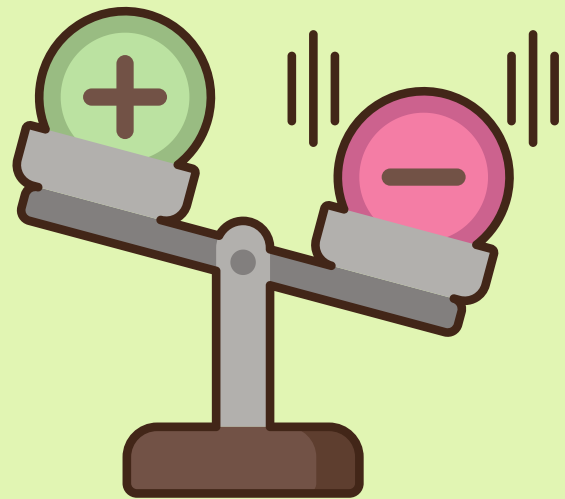
Antibiothérapie en voie sous-/cutanée



Messages clés

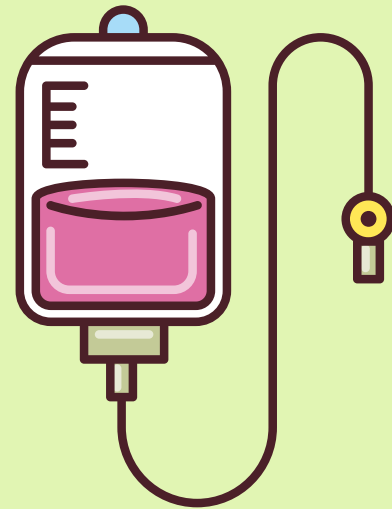
- Voie d'abord particulièrement utile chez la Personne Agée
- Favorise retour au domicile et maintien autonomie
- Mêmes modalités pratiques que IV
- Surveillance quotidienne
- Hors AMM mais premières recommandations de la SPILF 2025

Antibiothérapie IV à domicile

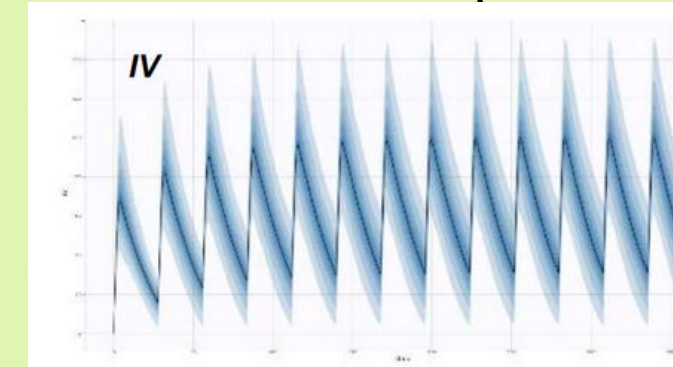


Avantages

- Efficacité thérapeutique
- Amélioration de la qualité de vie
- Economique
- Diminution du risque infectieux nosocomial

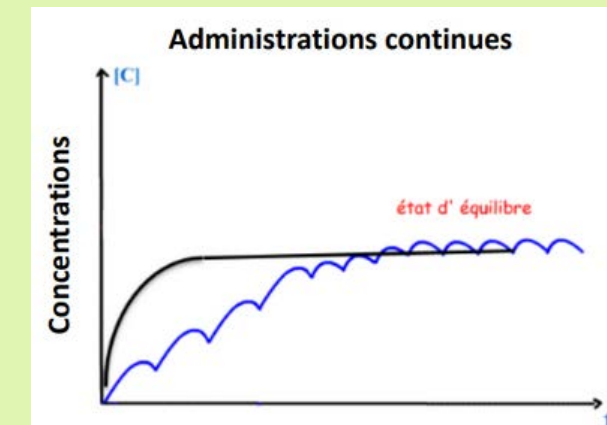


- **Mode de perfusion** : procédé utilisé pour une perfusion en utilisant des DM adaptés :
 - *gravité, pompe élastomérique, système actif*
- **Modalité d'administration** : choix de la durée de perfusion adaptée à l'ATB et à ses paramètres :
 - *discontinue, continue, prolongée*
 - **Perfusion prolongée** : en discontinue sur une durée de 3 à 4 h
 - **Perfusion continue** : 24h/24, pendant la durée du TTT



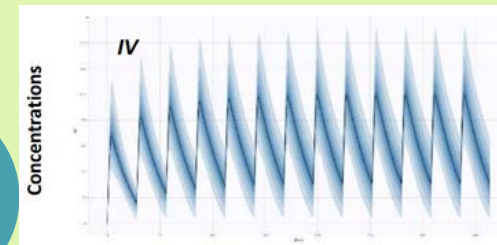
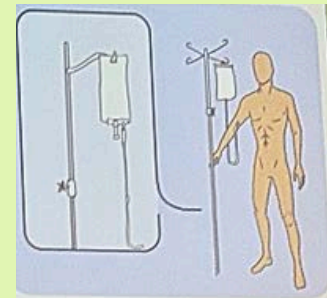
CHOIX DU DISPOSITIF :

- Modalités d'administration
- Paramètres de stabilité de l'Anti-infectieux
- Précision de débit attendue
- Cout du dispositif
- Praticité d'utilisation
- Environnement du patient...

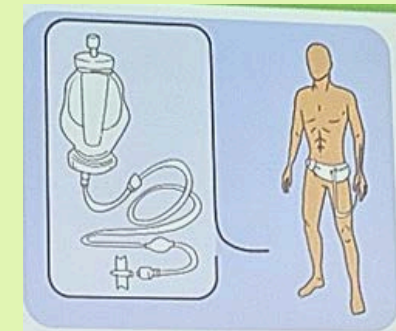


Diffuseurs : intérêts, limites

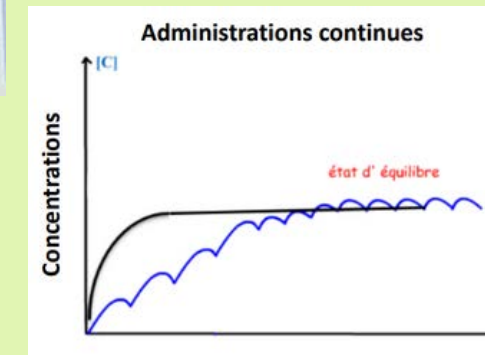
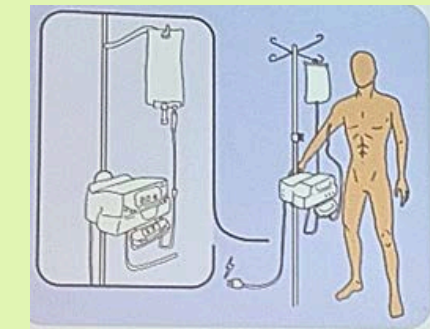
PERFUSEUR PAR GRAVITÉ



DIFFUSEUR



POMPE VOLUMETRIQUE



	Perfuseur par gravité	Pompe élastomérique = Diffuseur	Systèmes actifs Pompe volumétrique
Précisions du réglage du débit	15 à 30 %	10 à 15 %	6 % pour les pompes ambulatoires
Coût (€ TTC)	Faible coût unitaire (< 1 €) Pas de coût d'investissement Ne réduit pas le nombre de passage IDE	Coût unitaire important (> 10 €) Pas de coût d'investissement Peut réduire le nombre de passage IDE Forfait Perfadom en ville : x 3 vs. gravité Permet l'utilisation de grand volumes	Coût unitaire faible à modéré (< 1 à 10 €) Coût d'investissement important Peut réduire le nombre de passage IDE Forfait Perfadom en ville : x 10 vs. gravité
Volumes de dilution			
Température	Contenant distant du corps : stabilité évaluée à température ambiante	Mésusage fréquent avec contenant collé au corps : stabilité évaluée à plus de 30°C	Contenant distant du corps : stabilité évaluée à température ambiante
Matériau du contenant	Polypropylène, polyéthylène, polyoléfine Faible risque d'interaction contenant/contenu	Elastomères (silicone, polyisoprène) Risque d'interaction contenant/contenu	Polypropylène, polyéthylène, polyoléfine Faible risque d'interaction contenant/contenu
Encombrement	Nécessite un pied à perfusion	Ne nécessite pas de pied à perfusion Permet la reprise d'une activité	Pompe fixe : nécessite un pied à perfusion Nécessite un branchement électrique

Diffuseurs portables



Diffuseurs Baxter portables

Viaene E. Comparative stability studies of antipseudomonal beta-lactams for potential administration through portable elastomeric pumps (home therapy for cystic fibrosis patients) and motor-operated syringes (intensive care units). AAC 2002;46:2327-32.



Pompe élastomérique de type Easypump II

LIVRET PATIENT :



UTILISATION D'UN INFUSEUR ou DIFFUSEUR PORTABLE A DOMICILE

= dispositif qui vous permet de recevoir une administration continue d'un médicament sur plusieurs heures voire plusieurs jours.



COMEDIMS-DMS-FBU-DOC-001-V2, 05/2023
COMEDIMS Oncologie-Hématologie, Pharmacie DMS

En journée :

Au repos assis ou en activité

- Le réservoir de l'infuseur doit rester aux alentours de 22°C.
- Il est toujours porté dans sa sacoche accrochée à la taille.
- Il n'est pas sous les vêtements, et reste à l'abri d'une source de chaleur.
- Le placer sous le pull ou la veste en hiver seulement.
- Attention à ne pas tirer sur le dispositif, l'écraser, le pincer ou le couper
- Ne pas poser l'infuseur par terre ou au-delà de la tête



La nuit :

- Mettre l'infuseur sur le matelas, à côté de l'oreiller et à l'air libre
- Ne pas le suspendre ou le mettre par terre
- Ne pas le mettre sous les draps.
- Ne rien poser sur le diffuseur (couverture, couette, oreiller...)



COMEDIMS-DMS-FBU-DOC-001-V2, 05/2023

A retenir

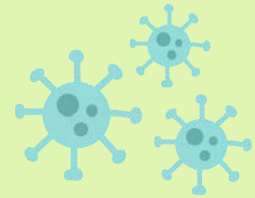
Avantages:

- Efficacité thérapeutique
- Usage possible de molécules à spectre étroit
- Amélioration de la qualité de vie
- Facteur économique
- Diminution du risque d'IAS

Limites:

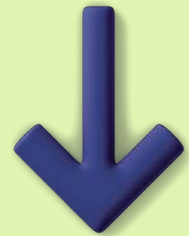
- Complexité de la prescription
- Absence de système de surveillance des prescriptions





Virus Respiratoire Syncytial (VRS)

- Cause fréquente d'IRA chez les adultes âgés et comorbides
- Etude sur 2 saisons hivernales (2022-2024):
 - **critère d'inclusion** : tous patients hospitalisés pour infection respiratoire à VRS (PCR +) et > 18 ans



Population	
Statistiques principales : • 190 Patients inclus • Âge moyen = 72 ans • 51% Femmes	Symptômes les plus fréquents : • 65% Toux • 45% Dyspnée • 46% Désaturation
Principales comorbidités : • HTA : 63% (119/190) • Diabète : 33% (62/190) • BPCO : 16% (31/190) • Insuffisance cardiaque : 13% (24/190)	Prise en charge : • Oxygénothérapie : 49% (94/190) • Ventilation non invasive : 6,3% (12/190) • Admission en USI : 8,3% (16/190) • Ventilation invasive : 3,7% (7/190)



MOTIFS D' HOSPITALISATION

- Manifestations pulmonaires : **56 %** (106/190)
- Manifestations cardiaques : **9%** (17/190)
- Manifestations neurologiques : **8%** (16/190)
- Autres manifestations : **33 %** (62/190)

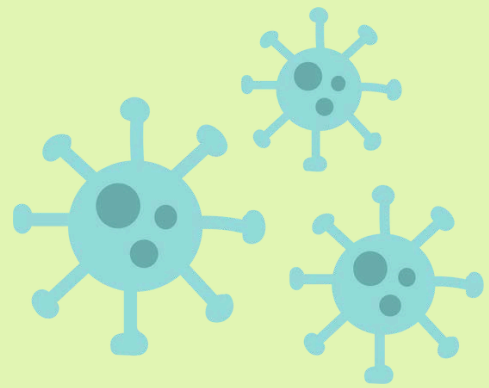
EVOLUTION

- Durée moyenne d'hospitalisation : **20 jours**
- **13 %** de mortalité intra -hospitalière
- Impact fonctionnel : **32 %** des patients présentent une dégradation fonctionnelle à la sortie (ADL)

BUA et paramédical

Virus Respiratoire Syncytial (VRS)

Usage des antibiotiques : point d'Alerte !



- **71%** des patients sous ATB
- **66%** ATB poursuivis après PCR+ :
 - 14% surinfection prouvée et 35% non documentée
 - => **possible mésusage** dans les infections virales sans surinfection bactérienne



- **Morbidité** élevée chez l'adulte hospitalisé
- **Vacciner** les populations à risque : personnes âgées (> 65 ans) et co-morbidité
- **Evaluer** l'impact de la vaccination / formes graves et complications fonctionnelles et respiratoires

Vaccination

PARAMED-16 Héitation vaccinale : un escape game pour convaincre
(L. AMOUREUX¹, B. GEGOUX², V. ROMAIN³)
ELSAN SANTÉ ATLANTIQUE L'EC prévention du risque infectieux, l'adhésion des professionnels et l'adhésion du risque infectieux, Saint-Herblain (44) SPH Santé Atlantique

INTRODUCTION
L'hésitation vaccinale demeure un enjeu majeur de santé publique, comme le souligne Santé publique France. Celle-ci identifie des freins variés : peur des effets secondaires, défiance envers les institutions, manque d'information et perception d'un risque faible des maladies. Ces obstacles freinent l'adhésion des professionnels aux campagnes de vaccination, malgré leur efficacité prouvée.

OBJECTIFS
Dans ce contexte, notre démarche s'articule autour de deux axes : d'une part, un travail de sensibilisation ludique sur l'hésitation vaccinale via un escape game immersif, et d'autre part, une offre de vaccination de proximité destinée aux professionnels, favorisant l'accès et l'engagement à se faire vacciner. Cette démarche ciblait prioritairement les catégories socio-professionnelles présentant les taux de vaccination les plus faibles.

MATÉRIEL ET MÉTHODE
➤ Septembre 2024 : phase de sensibilisation à travers l'escape game.
Nous avons utilisé l'escape game développé par le CPias Occitanie, en y apportant quelques ajustements ludiques (roue de séats, utilisation de lumière bleue, boîte à clé). Chaque séance durait 45 minutes, avec 30 minutes d'activité immersive suivies de 15 minutes de débriefing. Les inscriptions des professionnels s'effectuaient via l'encadrement formé au préalable à cet escape game et par des actions de communication visuelle (poster) et verbale permettant une argumentation directe auprès des professionnels. Chaque participant se voyait remettre un questionnaire de satisfaction à l'issue de la session.

RESULTATS
➤ Analyse du questionnaire de satisfaction de l'escape game
130 professionnels ont participé, répartis entre 5 agents de service, 19 aides-soignantes, 2 auxiliaires de puériculture, 3 sages-femmes, 4 IDE, 1 médecin, 24 cadres, 4 représentants des usagers et 23 autres catégories (étudiants, administratifs, etc.).

Analyse du questionnaire de satisfaction de l'escape game :
• 83 questionnaires ont été renseignés
• 70 % des participants estiment avoir acquis des connaissances utiles sur l'importance de la vaccination
• 77 % ont jugé les messages clairs et compréhensibles
• 90 % des participants ont attribué une note entre 9 et 10 à l'atelier
• 51 % se disent prêts à participer à la prochaine campagne vaccinale (n=42, dont 10 ont changé leur regard par rapport à la vaccination et se disent prêts à se faire vacciner)
• 6 % des participants ne se vaccineront pas, bien qu'ils déclarent avoir acquis des connaissances sur la vaccination

Couverture vaccinale de l'établissement
Bar chart showing vaccination coverage percentage over time (2021-2022, 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025). The coverage increases from approximately 20% in 2021-2022 to 35% in 2024-2025.

DISCUSSION
En 2024, 445 personnes ont été vaccinées sur notre établissement avec une utilisation optimale des vaccins commandés grâce aux stands de vaccination et d'information sur site. Notre indicateur HAS a augmenté au cours des trois dernières années. Il s'avère supérieur à la moyenne nationale (médiane observée 19 % campagne 2024), mais cependant la couverture vaccinale reste encore insuffisante. La ludopédagogie, approche interactive et engageante, peut s'avérer un levier pour renforcer l'adhésion à la vaccination et surmonter les freins et obstacles. Bien que les résultats soient encourageants, il reste crucial d'interférer l'engagement des professionnels pour améliorer la couverture vaccinale et la protection des patients.

CONCLUSION
Notre démarche a permis de coupler sensibilisation ludique et action concrète en matière de vaccination. L'escape game, en tant qu'outil pédagogique, a favorisé l'acquisition de connaissances, tout en garantissant une grande satisfaction des participants. En complément, les séances de vaccination proposées au plus près des professionnels ont contribué à renforcer l'adhésion par l'information et l'engagement. La vaccination n'est pas juste une piqûre. C'est une relation, une pédagogie, une confiance à reconstruire. Le jeu peut en être le point de départ.

ESCAPE ROOM
Chambre 210
LE SAUVET EST CE QUI TRAHIT PAR L'ÉCHÉC EN ACTUEL
SEPTEMBRE - OCTOBRE 2024
L'opération de groupe se déroule sous la forme d'un jeu de rôle où les participants doivent résoudre des énigmes et accomplir des missions pour échapper à la chambre. Le jeu dure environ 45 minutes et se termine par un débriefing. Les participants reçoivent un questionnaire de satisfaction à l'issue de la session.
POUR PLUS D'INFORMATION : ELIANE@ELSAN-FRANCE.FR

➤ Résultat de la campagne vaccinale dans notre établissement
• Pour la campagne 2024-2025, 445 personnes se sont vaccinées sur site. L'intégralité des vaccins commandés sur l'établissement ont été utilisés.
• Résultats de l'indicateur HAS de notre établissement : 23.4% en 2022-2023, 30.1% 2023-2024 et 35.7% en 2024-2025.

Équipe de prévention du risque infectieux

LIMITER L'HESITATION VACCINALE REX Escape Game Région 44

- Adaptation de l'outil du CPias Occitanie
- Ajustement de l'aspect ludique
- Forte participation
- 10% prêts à revoir leur comportement



et la région Ile de France

Palais des Congrès

Journées Nationales d'infectiologie

**du jeudi 18 juin 2026
au samedi 20 juin 2026**

*Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie*

Vendredi 19 juin 2026

Retour des 26èmes JNI

Tours. 11-13 Juin 2025

Administration des antibiotiques par voie SC

Emmanuel Forestier

(Session du groupe « Recos » de la SPILF)

Une spécificité française ?

- Une pratique très répandue en France
 - **96% des infectiologues et gériatres** déclarent utiliser l'antibiothérapie par voie SC (ceftriaxone par 100% d'entre eux)
 - **55% des médecins généralistes** déclarent l'utiliser et 83% estiment qu'elle a un intérêt en médecine générale

Une spécificité française ?

❖ Une pratique très répandue en France

- **96% des infectiologues et gériatres** déclarent utiliser l'antibiothérapie par voie SC (ceftriaxone par 100% d'entre eux)
- **55% des médecins généralistes** déclarent l'utiliser et 83% estiment qu'elle a un intérêt en médecine générale

Forestier *et al.* Clin Microbiol Infect 2015

Forestier *et al.* Infect Dis Now 2023

Pas tout à fait

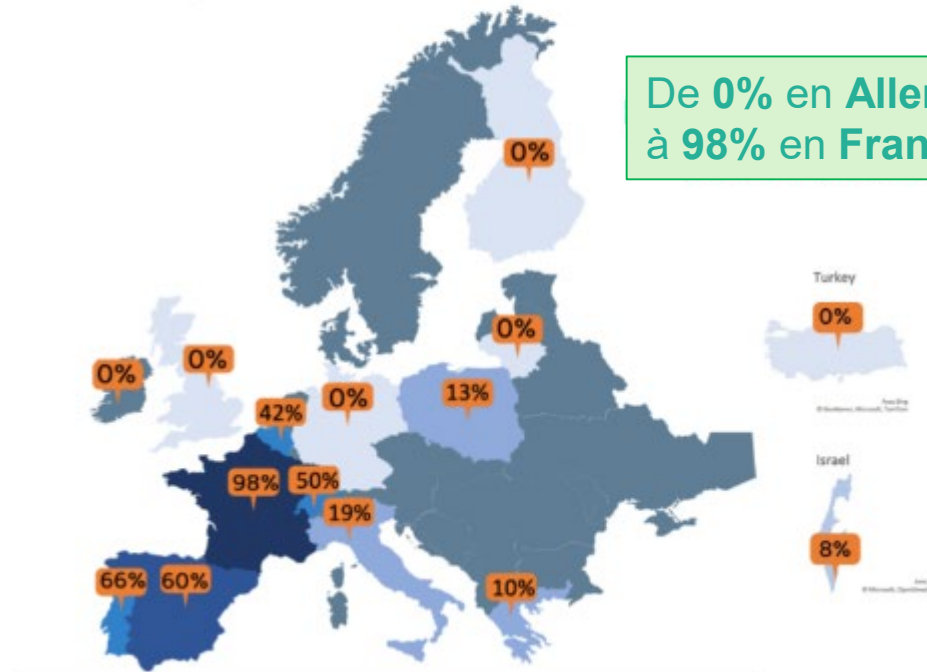
- Enquête européenne entre octobre 2022 to janvier 2023



- N=345
- 19 pays
 - France (n=93)
 - UK (n=69)
 - Belgique (n=24)
 - Pologne (n=22)
 - Italie (n=21)
- 45% gériatres
- 35% Infectieux
- 20% autres

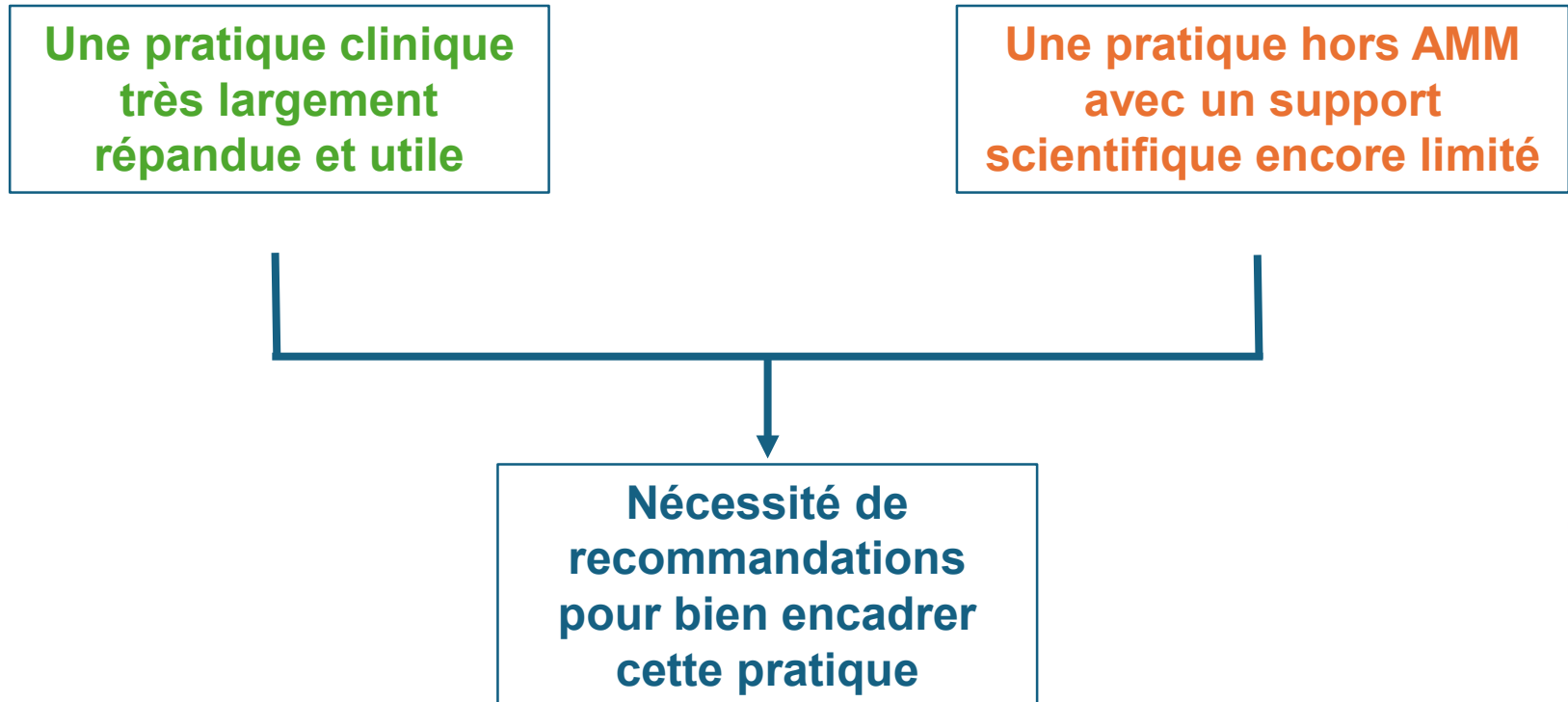


De 0% en Allemagne et UK à 98% en France



Mesples et al. En préparation

Des recommandations: pour quoi faire?



Antibiothérapie SC: objectifs des RBP 2025

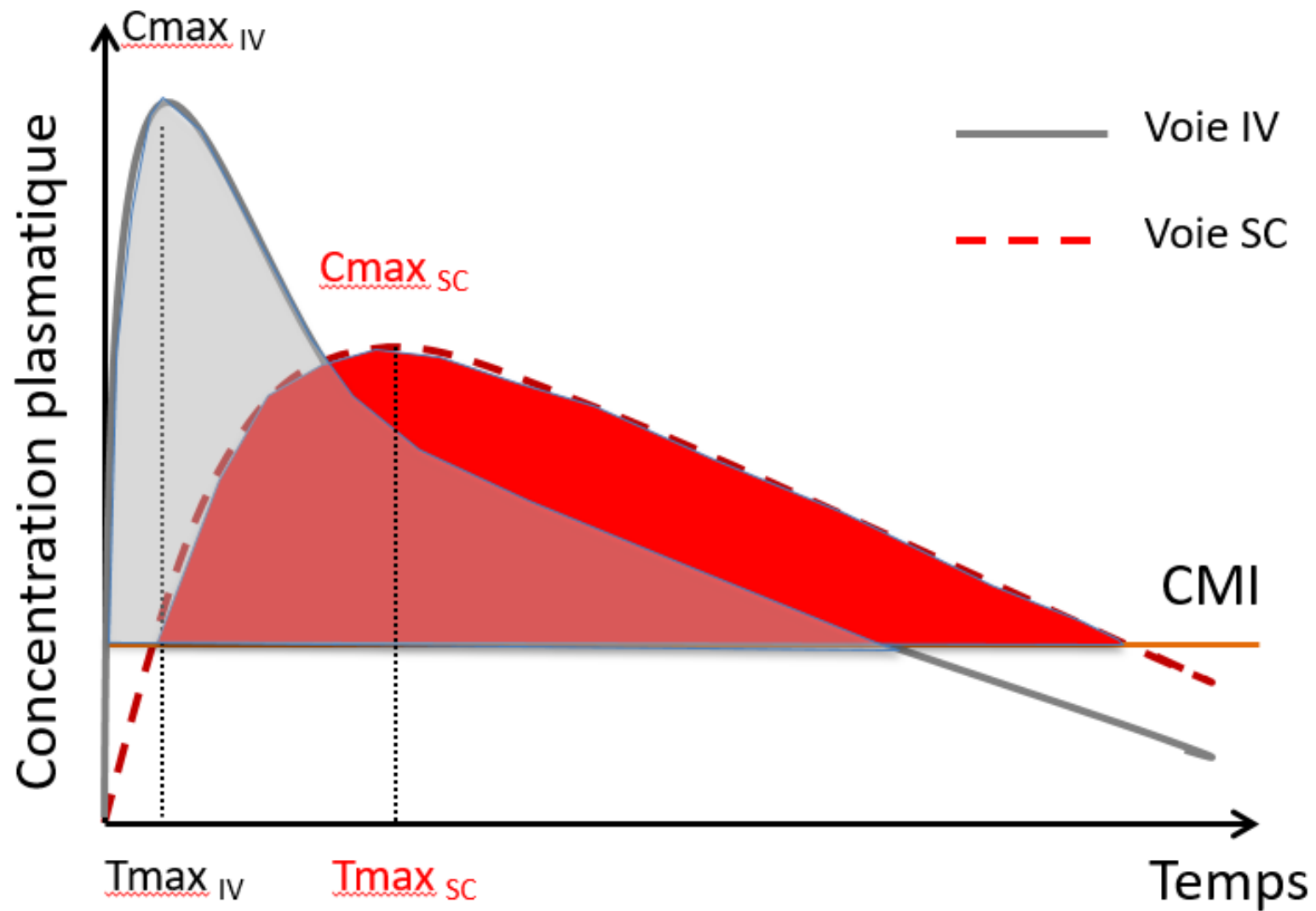
- ❖ Préciser le rationnel PK/PD
- ❖ Définir les indications et non indications
- ❖ Statuer sur les antibiotiques utilisables par voie SC
- ❖ Etablir les modalités d'administration et de surveillance
- ❖ Rappeler les aspect réglementaires



RBP 2025

- ❖ **Ne pas** utiliser la voie SC pour les antibiotiques concentration dépendants.
- ❖ **Indications des dosages sériques d'antibiotiques en SC:**
 - Systématique pour la teicoplanine;
 - Au cas par cas pour les autres antibiotiques, en cas de traitement d'une infection complexe, d'utilisation de posologies inhabituelles d'antibiotiques, ou chez les patients de poids extrêmes.

RBP 2025



RBP 2025

- ❖ Il est recommandé d'administrer la ceftriaxone par voie SC quand le rapport bénéfice/risque est jugé favorable par le prescripteur, en alternative aux autres voies d'administration.
- ❖ Autres antibiotiques utilisables par voie SC:
 - Ertapénème, méropénème, pipéracilline-tazobactam, céfazoline, témocilline;
 - Teicoplanine;
 - *Sur avis spécialisé*, certaines bétalactamines (amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique, ceftazidime notamment) et la daptomycine.

RBP 2025

- ❖ Evaluer le rapport bénéfice/risque de la voie SC pour administrer des antibiotiques sur les éléments cliniques suivants :
 - Réseau veineux limité;
 - Syndrome confusionnel avec risque de retrait itératif ou de manipulation intempestive du cathéter IV par le patient;
 - Nécessité de mobilisation précoce du patient;
 - Troubles de déglutition limitant la voie orale;
 - Aucun antibiotique adapté administrable par voie orale;
 - Traitement anticoagulant efficace qui contre-indique la voie IM;
 - Contexte de fin de vie où le confort du patient est l'objectif principal;
 - Durée attendue d'utilisation de la voie parentérale supérieure à 8 jours

RBP 2025

- ❖ Possibilité de débiter l'antibiothérapie directement par voie SC, sans phase initiale par voie IV, pour la ceftriaxone, l'ertapénème, le méropénème, la pipéracilline-tazobactam ou la céfazoline.
- ❖ Réaliser la dose de charge initiale de teicoplanine par voie IV avant de faire un relais par voie SC.
- ❖ Surveillance du point de ponction à chaque perfusion SC, et au minimum 1 fois par jour.

RBP 2025

- ❖ Informer le patient ou son responsable légal en cas d'usage de perfusion SC d'antibiotique. Son accord doit être obtenu et tracé dans le dossier.
- ❖ Informer de cette prescription le pharmacien qui va délivrer le médicament, ainsi que l'IDE qui va réaliser l'injection.
- ❖ Faire figurer la mention "Prescription hors AMM" en toutes lettres sur l'ordonnance en cas de prescription d'un antibiotique par voie SC en médecine ambulatoire.
- ❖ En établissement de santé, mettre en place un protocole institutionnel validé par le référent infectieux et le pharmacien.

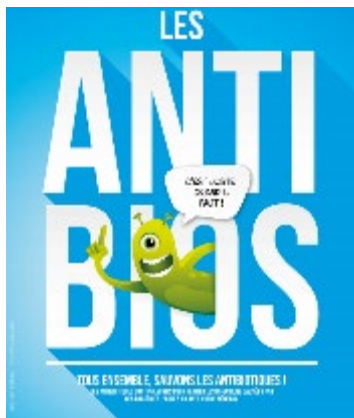
RBP 2025

Modèle d'ordonnance pour la pharmacie

 		Chambéry, le 13 mai 2025
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES MEDECINE INTERNE – DERMATOLOGIE – ADDICTOLOGIE		
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES Chef de Service Dr E. FORESTIER RPPS : 10004037478 Docteur A. BOSCH RPPS : 10101098928 Docteur A-L. DESTREM RPPS : 10100897627 Docteur M. PEJU RPPS : 10101373776 Docteur O. DOS SANTOS RPPS : 10100575330 Docteur A. GORSE RPPS : 10101098928 Docteur O. ROGEAUX RPPS : 10003081808 Docteur M. BUICHE RPPS : 10102196663 Docteur C. BECK RPPS : 10107377318 Docteur G. BOURGEOIS RPPS : 10102279204 Docteur E. NEVRET RPPS : 10101648094	ORDONNANCE Finess géographique : 73 00000 31 Nom utilisé : KLEBSIELLA Nom de naissance : KLEBSIELLA 1 ^{er} Prénom de naissance : Oxytoca Prénom(s) de naissance : Oxytoca Né le 27/02/1942 - Age : 83 ans - Sexe : F INS : 2 42 02 67 122 145	
DERMATOLOGIE Tél : 04 79 96 59 85 Chef de service Docteur M-O. RIOU GOTTA RPPS : 10005161061 Docteur I. CARROTTE RPPS : 10002253317 Docteur C. BRIN RPPS : 10102290938 Docteur C. LE HELLOCO RPPS : 10101920402	1/ CEFTRIAXONE 1 g poudre pour sol inj (1g par jour par voie sous-cutanée, 1 g dans 100 ml de chlorure de sodium 0.9% à passer par voie sous-cutanée sur une durée de 30 à 60 minutes pendant 7 jours) 2/ Set sous-cutané perfuseur 1 voie Ou - Cathéter court bleu sécurisé G22 - Perfuseur 1 voie - Pansement polyuréthane 10x12cm - Seringue à usage unique 20ml - Aiguille hypodermique rose 18G 40mm	
CAIRNS Permanence d'Accès aux Soins de santé Pharmaco-dépendances Médecine Pénitentiaire Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds Tél : 04 79 96 51 06 Chef de service Docteur B. DE GOER RPPS : 10100081958 Docteur C. PENAS RPPS : 10100081958	3/ Poche souple de chlorure de sodium 0.9% de 100ml 4/ CHLORHEXIDINE DIGLUCONATE/ALCOOLISOPROPYLIQUE 2g/70 mL pour 100 mL solution pour application cutanée Fl. 125ml 5/ Compresse stériles non tissées 10x10cm Sachet/2 6/ Pansement non tissé stérile 5x7cm	
Secrétariat consultation : Bâtiment Dr Jean DESFRANCOIS - Niveau 3 – Ascenseur B Télécopie : 04 79 96 51 71 Mail : infec@ch-metropole-savoie.fr Secrétariat hospitalisation : Bâtiment Dr Jean DESFRANCOIS - Niveau 3 – Ascenseur A Téléphone : 04 79 96 59 47 Télécopie : 04 79 96 51 81 Mail : infeco@ch-metropole-savoie.fr	Prescription hors AMM pour le traitement d'une pélonéphrite après information et accord du patient de la balance bénéfice/risque favorable QSP : 7 j  FORESTIER EMMANUEL 10004037478 emmanuel.forestier@ch-metropole-savoie.fr	

RBP 2025 – Messages clés

- ❖ Possibilité d'administrer certains antibiotiques par voie SC
- ❖ Evaluation préalable du rapport bénéfice/risque au cas par cas
- ❖ Modalités d'administration identiques à la voie IV
- ❖ Information du patient, du pharmacien et de l'IDE de cette prescription hors AMM



Le bon usage avant tout

Infections urinaires masculines

Matthieu Lafforie

(Session du groupe « Recos » de la SPILF)

Cadre de la mise à jour IUMACA

Infections aiguës, communautaires, de l'adulte

Ne sont pas traitées dans cette mise à jour les infections urinaires :

- de l'enfant
- de l'immunodéprimé
- des patients sondés
- des patients neurolésés
- chroniques/récidivantes
- nosocomiales

La cystite existe chez l'homme

- **Diagnostic**

- *Signes cliniques locaux*, diversement associés, d'apparition ou d'aggravation aiguë:

brûlures urétrales per-mictionnelles, pollakiurie, urgenturie, dysurie, nycturie, douleur de l'hypogastre. Une hématurie macroscopique peut être associée.

- *Et absence de fièvre*
 - *Et absence de douleurs lombaires spontanées ou provoquées*
 - *Et ECBU positif*

- **L'ECBU est le seul examen complémentaire recommandé pour confirmer le diagnostic de cystite de l'homme.**

- **En présence d'une rétention aiguë d'urines, sans signe clinique associé d'infection urinaire ou de sepsis sans autre cause, il est indiqué de drainer les urines, mais il n'est pas recommandé de réaliser un ECBU ni de traiter une colonisation urinaire.**

Infections urinaires fébriles de l'homme

Prostatite aiguë

- **Diagnostic:** *association des signes cliniques de cystite, de fièvre et d'un ECBU positif.*
- **La réalisation d'un toucher rectal n'est recommandée qu'en cas de doute diagnostique** entre cystite, prostatite et pyélonéphrite.
- **Le dosage du PSA n'est pas recommandé** pour le diagnostic de prostatite, ni pour décider d'un traitement antibiotique ni pour le suivi d'un patient traité.
- **L'évaluation de la fonction rénale, le dosage des marqueurs inflammatoires et le prélèvement d'hémocultures ne sont pas recommandés de manière systématique** dans les prostatites aiguës communautaires prises en charge en ville et en l'absence de comorbidités à risque d'insuffisance rénale aigue

Pyélonéphrite aiguë

Diagnostic: *association de fièvre, de douleurs lombaires spontanées ou à l'ébranlement et d'un ECBU positif.*

Antibiothérapie probabiliste de la cystite de l'homme

En 1^{ère} intention

Fosfomycine-trométamol

En 2^{ème} intention

- Nitrofurantoïne (sauf si DFG connu < 45 mL/min)
- Pivmécillinam

En cas de colonisation ou d'infection urinaire connue dans les 3 derniers mois, choisir un traitement antibiotique actif sur le germe en cause

Antibiothérapie de la cystite de l'homme selon la documentation microbiologique

- L'antibiotique préconisé en probabiliste doit être poursuivi si l'uropathogène y est sensible et que la tolérance est bonne.
- Dans le cas contraire, l'antibiothérapie doit être adaptée comme suit:

En 1ère intention, par ordre alphabétique

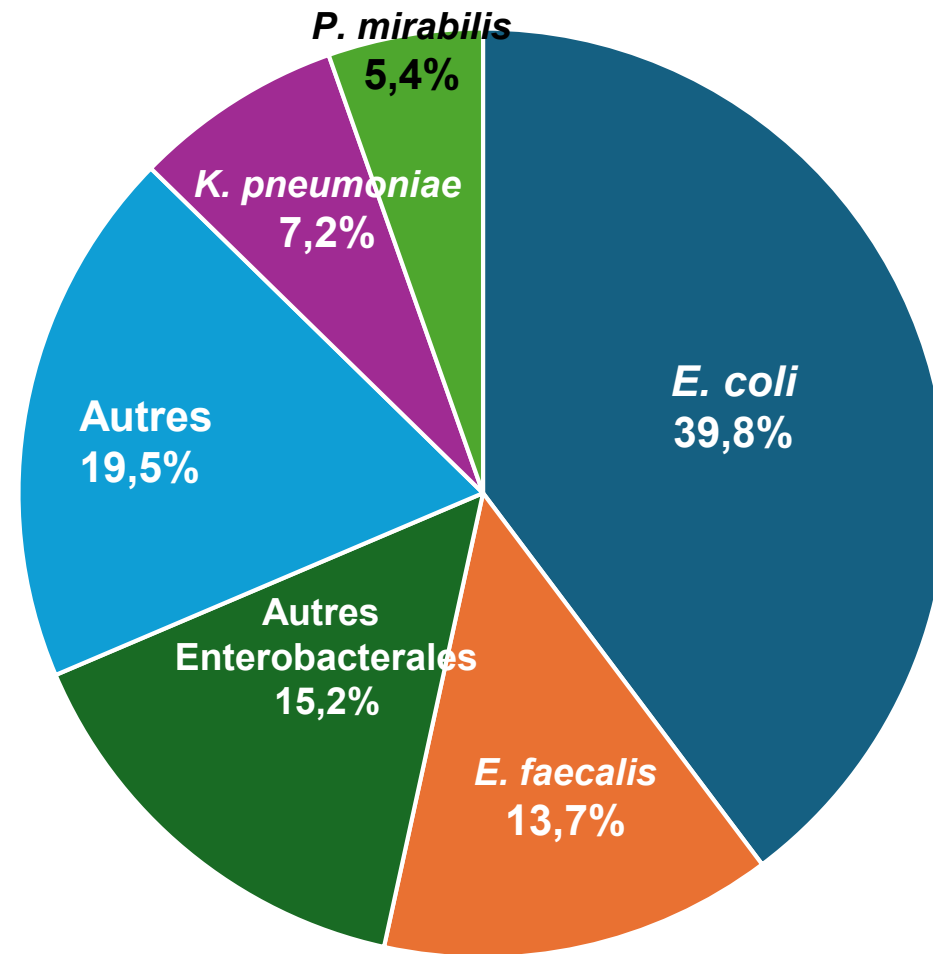
- Fosfomycine-trométamol : une dose de 3 g à J1, à J3 et à J5
- Nitrofurantoïne : 100 mg x 3/jour pendant 7 jours (sauf si DFG connu < 45 ml/min)
- Pivmécillinam: 400 mg x 3/jour, pendant 7 jours
- Triméthoprim: 300 mg x 1/jour pendant 7 jours

Antibiothérapie de la cystite de l'homme selon la documentation microbiologique

En 2ème intention, par ordre préférentiel

- Amoxicilline 1g x 3/jour par voie orale pendant 7 jours
 - Triméthoprim-sulfaméthoxazole 160/800 mg x 2/jour pendant 7 jours
 - Amoxicilline-ac. clavulanique 1g x 3/jour par voie orale pendant 7 jours
-
- En cas d'infection à Enterobacterales produisant une BLSE, les traitements préconisés sont identiques si sensibilité confirmée.

Données épidémiologiques des espèces bactériennes responsables d'IUM communautaires en France



Données agrégées

- des laboratoires de bactériologie des services d'urgences de CH (Rennes, Nantes, Grenoble, Limoges, Tours, Caen, Besançon, Henri-Mondor et du Kremlin-Bicêtre, Versailles, Foch, Saint-Joseph, Mantes-la-Jolie et Antibes, Bégin)

- du groupement de LBM Atoutbio (Meurthe, Moselle, Vosges)

Résistance, %

	AMX	AMC	MEC	SXT	FOS	FT	FQ	C3G	TEM	PTZ	FOX	AMK
<i>E. coli</i>	47-53,5	24-36	7-9	25-31	1-1,5	0,5-1	16-20	5-9	7	6-7	2-2,5	0,4-0,7
<i>K. pneumoniae</i>	100	20-33	*	20-27	NA	16-53	15-27	11-24,5	9	13-17	NA	0,9-1,8
<i>P. mirabilis</i>	40-42	10-14	*	29,5-33,5	NA	100	17-14	1-1,5	2	0,5-1	NA	0,7-0,8

AMX amoxicilline, AMC: amoxiclav, MEC: mecillinam, SXT: triméthoprine-sulfaméthoxazole, FOS: fosfomycine, FT: nitrofurantoïne, FQ: fluoroquinolones, C3G: céphalosporine de 3^e génération, TEM: témocilline, PTZ: pipéracilline-tazobactam, FOX: céfoxitine, AMK: amikacine

*: absence de concentration critique

Taux de résistance aux C3G chez les hommes de plus de 65 ans en EHPAD:

évalué à 15-18% chez *E. coli* et 32-36% chez *K. pneumoniae* (données PRIMO)

Résistance aux antibiotiques (%) des souches urinaires de *E. coli*, selon le type d'hébergement et le sexe du patient.
Mission PRIMO, Région Occitanie, Résultats 2023.

Souches urinaires de <i>E. coli</i> Année 2023	Patients vivant à domicile				Patients vivant en Ehpad			
	Femme n = 63 788		Homme n = 12 518		Femme n = 2876		Homme n = 453	
Antibiotiques testés	n	%R	n	%R	n	%R	n	%R
Amoxicilline	63770	44,2%	12517	53,2%	2875	55,1%	453	59,6%
Amoxicilline + acide clavulanique (cystite)	63770	19,3%	12514	24,2%	2875	26,2%	453	28,7%
Mecillinam	63135	6,7%	12300	8,3%	2765	10,8%	425	9,6%
Cefixime	63687	4,4%	12482	8,3%	2874	11,6%	452	19,7%
Céphalosporines de 3 ^e génération ¹	63788	3,3%	12518	6,8%	2876	9,8%	453	18,1%
Ertapénème	63739	0,041%	12502	0,080%	2875	0,0%	451	0,0%
Fluoroquinolones ²	63775	10,2%	12512	19,1%	2876	20,0%	453	26,3%
Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	63752	20,9%	12503	26,8%	2873	23,4%	453	26,7%
Fosfomycine	63153	1,7%	12305	1,5%	2763	3,3%	425	1,9%
Nitrofurantoïne	63780	0,4%	12507	0,7%	2876	1,3%	453	0,7%
Nombre de souches productrices de BLSE (n , %)	1858 (2,9%)		785 (6,3%)		269 (9,4%)		81 (17,9%)	
Nombre de souches productrices de carbapénémase (n , %)	24 (0,038%)		8 (0,064%)		0		0	

Résistance aux antibiotiques (%) des souches de *Klebsiella pneumoniae* isolées d'urines de patients vivant à domicile ou en Ehpad.
Mission PRIMO, Région Occitanie, Résultats 2023.

Souches urinaires de <i>K. pneumoniae</i> Année 2023	Patients vivant à domicile ¹ n = 10 657			Patients vivant en Ehpad ¹ n = 611		
Antibiotiques testés	n	%R	IC 95%	n	%R	IC 95%
Amoxicilline	10657	100,0%	[100% - 100%]	611	100,0%	[100% - 100%]
Amoxicilline + acide clavulanique (cystite)	10653	10,7%	[10,2% - 11,3%]	610	15,9%	[13% - 18,8%]
Mecillinam	2476	12,4%	[11,1% - 13,7%]	187	22,5%	[16,5% - 28,4%]
Céphalosporines de 3 ^e génération ²	10657	7,5%	[7% - 8%]	611	16,9%	[13,9% - 19,8%]
Ertapénème	10645	0,376%	[0,26% - 0,492%]	611	0,655%	[0,015% - 1,294%]
Acide nalidixique	764	100,0%	[100% - 100%]	112	100,0%	[100% - 100%]
Fluoroquinolones ³	10657	8,6%	[8% - 9,1%]	611	20,1%	[17% - 23,3%]
Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	10655	10,7%	[10,1% - 11,3%]	611	20,3%	[17,1% - 23,5%]
Fosfomycine	7997	48,2%	[47,1% - 49,3%]	430	52,1%	[47,4% - 56,8%]
Nitrofurantoïne	9426	38,4%	[37,4% - 39,3%]	539	33,6%	[29,6% - 37,6%]
Nombre de souches productrices de BLSE (n , %)	731	6,9%	[6,4% - 7,3%]	96	15,7%	[12,8% - 18,6%]
Nombre de souches productrices de carbapénémase (n , %)	15	0,14%	[0,07% - 0,212%]	1	0,16%	[0% - 0,484%]

PK/PD

- **La localisation bactérienne** au sein des différents organes de l'appareil urinaire masculin (localisation intracellulaire, dans l'espace interstitiel) **n'est pas connue**.
- **La qualité des données est très variable** en fonction des familles d'antibiotiques et des méthodologies, en particulier analytiques, utilisées.
- Les caractéristiques **pharmacocinétiques des bêta-lactamines et des inhibiteurs de bêta-lactamases** sont contrastées, **avec une diffusion satisfaisante au niveau de l'interstitium**, mais très faible au niveau des fluides prostatiques et nulle au niveau intracellulaire.
- Les experts considèrent que les caractéristiques pharmacocinétiques de l'amoxicilline et du mécillinam sont parmi les plus favorables au sein des bêta-lactamines
- **Les données expérimentales confirment une bonne diffusion des bêta-lactamines au niveau de l'interstitium.**

Antibiothérapie probabiliste d'une infection urinaire fébrile de l'homme

- Pas de sepsis ni choc septique
- Pas d'ATCD d'infection ou de colonisation à Enterobacterales résistant aux C3G dans les 3 derniers mois
 - ✓ Si traitement initié en ambulatoire
 - Ceftriaxone IV ou SC
 - ou ciprofloxacine ou lévofloxacine par voie orale
 - en l'absence de prises de fluoroquinolones dans les 6 derniers mois et si l'efficacité de la voie orale n'est pas compromise (nausées, vomissements, malabsorption, observance incertaine...)
 - ✓ Si traitement initié en milieu hospitalier
 - Céfotaxime IV ou ceftriaxone IV ou SC

Antibiothérapie probabiliste d'une infection urinaire fébrile de l'homme

- ATCD d'infection ou de colonisation à Enterobacterales résistant aux C3G dans les 3 derniers mois
 - ✓ *Si antibiogramme disponible et selon sensibilité*
 - Traitement initié en ambulatoire : ciprofloxacin ou lévofloxacin ou ofloxacin par voie orale
 - Traitement initié en milieu hospitalier ou résistance aux fluoroquinolones
 - Céphalosporinase hyperproduite : céfépime
 - BLSE: par ordre préférentiel: témocilline, pipéracilline/tazobactam, céfoxitine (seulement si *E. coli* ou *Proteus*) ou sinon imipénème ou méropénème, ertapénème
 - ✓ *Si antibiogramme non disponible*

Céfotaxime IV ou ceftriaxone IV ou SC + amikacine 1 dose unique IV

Antibiothérapie de relai d'une infection urinaire fébrile de l'homme

- **Relai oral possible** (pas de contre-indication et bactérie sensible)

- Pyélonéphrite aiguë

Par ordre préférentiel: amoxicilline, TMP-SMX, amoxicilline-acide clavulanique, FQ (ciprofloxacin ou lévofloxacin ou ofloxacin), céfixime.

- Prostatite aiguë

- ✓ **Par ordre préférentiel :** TMP-SMX, FQ (ciprofloxacin ou lévofloxacin ou ofloxacin).
- ✓ **Si résistance ou contre-indication à TMP-SMX et fluoroquinolones :**

Fosfomycine-trométamol ou bêta-lactamine (***après au moins 5 jours de traitement par voie parentérale***), **par ordre préférentiel :** amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique, céfixime.

Antibiothérapie de relai d'une infection urinaire fébrile de l'homme

- **Pas de relai oral possible** (bactérie résistante ou contre-indication)
- Enterobacterales sensible aux céphalosporines de 3^{ème} génération
céfotaxime ou ceftriaxone IV ou SC
- Enterobacterales résistant aux céphalosporines de 3^{ème} génération
 - Céphalosporinase hyperproduite : céfépime
 - BLSE, par ordre préférentiel: témocilline, pipéracilline-tazobactam, céfoxitine (uniquement si *E. coli* ou *Proteus*), imipénème ou méropénème ou ertapénème.

Durée du traitement

- **Pyélonéphrite aiguë**
 - 7 jours, si le traitement comporte: beta-lactamines par voie parentérale et/ou fluoroquinolones et/ou TMP-SMX
 - 10 jours sinon
 - 5 jours si amikacine exclusivement
- **Prostatite aiguë**
 - 14 jours

Pyélonéphrite et prostatite aiguës à Entérocoque

- *E. faecalis*

Amoxicilline

- **Contre-indication à l'amoxicilline et/ou *E. faecium***

Linézolide ou fluoroquinolone (moxifloxacin ou lévofloxacin)

Epididymite/orchite aiguë

- Le traitement des épидидymite/orchite liées à des bactéries responsables d'infections sexuellement transmissibles n'est pas abordé dans cette recommandation.
- Pas de données dans la littérature...
- Traitement antibiotique probabiliste: identique à celui d'une infection urinaire fébrile
- Le relai oral: identique à celui d'une prostatite aiguë
- En l'absence de documentation et si évolution favorable, choix de l'antibiotique selon recommandations pour une prostatite aiguë
- Durée du traitement : 10 jours pour tous les antibiotiques recommandés

Points forts

- La cystite existe chez l'homme
- Son traitement est de 7 jours, avec antibiotiques utilisés pour traiter la cystite de la femme
- Épidémiologie: *E. coli* est l'uropathogène majoritaire mais dans seulement 40% des infections
- La diffusion des bêta-lactamines dans le compartiment extracellulaire prostatique est favorable
- Leur utilisation pour traiter, en 2^{ème} intention, les prostatites aiguës est possible
- Durée de traitement prostatite aiguë: 14 jours

Bon usage des outils diagnostiques

(Nathan Peiffer-Smadja)

(Session Groupe Bon Usage des Anti-infectieux)

Les enjeux

- ❖ Utilisation des outils diagnostiques souvent anarchique
- ❖ Un des leviers du mésusage des antimicrobiens (bactériurie asymptomatique...)
- ❖ Mais plus que ça : source de
 - iatrogénie
 - incidentalomes
 - dépenses inutiles

et d'antibiorésistance

CRP/PCT

- **Pas de CRP pour les infections pulmonaires**
- **PCT pour les patients qui vont être hospitalisés pour exacerbations asthme / BPCO / suspicion pneumonie**

Tests de diagnostic rapide

- **Pas de PCR multiplex aux urgences dans le but de réduire les prescriptions d'antibiotiques**
- **Pas d'antigénurie légionelle ou pneumocoque**

Hémocultures

- **Pas d'hémocultures pour pneumonie** → Hémocultures pour pneumonie grave / colonisation connue à micro-organismes résistants / patients immunodéprimés
- **Pas d'hémocultures pour IU** → Hémocultures pour IU fébrile pré-traitée par antibiotiques, / sur matériel endo-urétral ou sonde vésicale / patients immunodéprimés
- **Pas d'hémocultures pour érysipèle** → Hémocultures pour érysipèle ssi patient immunodéprimé / suspicion de pathogène inhabituel / matériel cardiaque ou vasculaire

Aspiration pneumonia guidelines – Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française 2025

ID Now 2025

Sylvain Diamantis^a  , Thibaut Fraisse^b, Eric Bonnet^c, Virginie Prendki^d, Claire Andréjak^e,
Marianne Auquier^f, Carla Garcia Carmona^g, Eric Farfour^h, Pierre Fillatreⁱ, Sébastien Gallien^j,
Gaëtan Gavazzi^k, Anne-Laure Houist^j, Julie Lourtet^l, Mathilde Perrin^m, Emilie Pietⁿ,
Stanislas Rebaudet^o, Yves Rolland^p, Jean-Philippe Lanoix^q, Alain Putot^r

- Scanner low-dose
- Pas de CRP / PCT
- Pas d'examen microbiologique systématique

Guidelines

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by the French infectious disease society (SPILF) and the French-speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by the French intensive care society (SRLF), the French microbiology society (SFM), the French radiology society (SFR) and the French emergency society (SFMU)

- Ne recommandent pas l'utilisation de la CRP dans le diagnostic / suivi
- Ne recommandent pas l'utilisation systématique de la PCT dans le diagnostic / suivi
- Antigénuries Légionelle / Pneumocoque uniquement pour pneumonie sévère hospitalisée
- ECBC si pneumonie sévère, si pneumonie hospitalisée au cas par cas
- Hémocultures si pneumonie sévère, si pneumonie hospitalisée au cas par cas (immunodépression, traitement antibiotique récent, etc.)

- Ne recommandent pas l'utilisation de PCR multiplex pour pneumonie ambulatoire
- **Pneumonie hospitalisée et PCR multiplex nasopharyngée : c'est compliqué**
 - Quadriplex oui en contexte épidémique
 - Et multiplex si suspicion d'atypique ou « si la mise en évidence d'un virus autre que RSV/Influenza A and B/SARS-CoV-2 peut avoir un impact important sur la prise en charge du patient »
- PCR multiplex « basse » pour atypique / en cas d'antibiothérapie particulière
- Pour toutes pneumonies, imagerie thoracique (**radiographie**, échographie...scanner)

« Formations BUA » 2025



**BON USAGE ANTIBIOTIQUE
DANS LES INFECTIONS
GRAVES**

**JOURNÉE DES
REFERENTS EN
ANTIBIOTHERAPIE
Région Occitanie**

**Jeudi 14 Novembre
2024**

De 9h15 à 17h30

**Palais des Congrès
Place Armand Lanoux
66000 Perpignan**

**FORMATION REALISEE UNIQUEMENT EN
PRESENTIEL / INSCRIPTION PREALABLE
OBLIGATOIRE**

CRAtb Occitanie
Centre Régional en
Antibiothérapie

CPias Occitanie

INFECTION DPC
Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC)
Spécialité en Infectiologie
11 rue de Valenciennes - 75011 Paris
Reconnaissance ANCCP N° 15468

ARS
ARS Occitanie

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (Spilf)

**es antibiotiques dans
es prises en charge
ensifs / continus.**

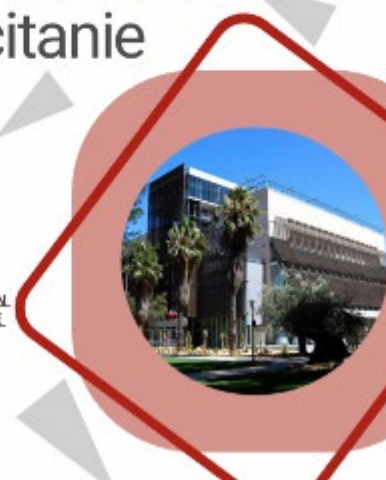
ri Huchard - 75018 PARIS

2ème Sém

Bon Usage des Ant

aux Urgenc

Société Nationale d'Horticulture de France
84, rue de Grenelle 75007 PARIS
25 et 26 Septembre 2025



**Journée
REFERENTS EN
THERAPIE (JRA)**

25 - TOURS

**BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES
UNE ACTION NÉCESSAIREMENT MULTIDISCIPLINAIRE
AUTOUR DU RÉFÉRENT**

Quelques messages

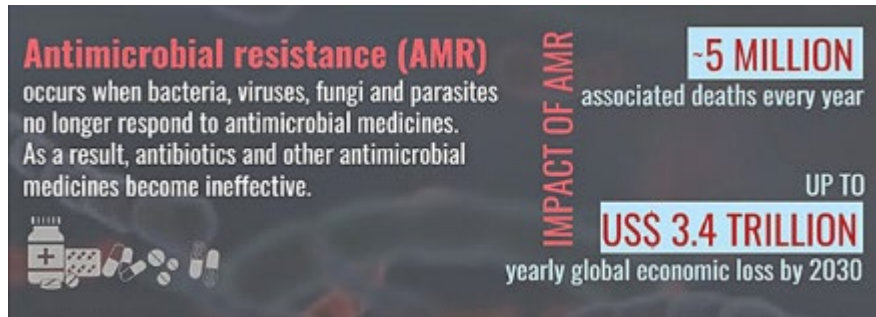
- ❖ Il faut être créatifs dans les interventions : créer de « nouveaux » examens ou « algorithmes d'analyse » en lien avec biologistes (e.g. EC+/-BU), être audacieux (e.g. arrêter la CRP ?)
- ❖ Des interventions nécessairement complexes, adaptées au contexte, après une évaluation initiale des « low-hanging fruits »
- ❖ Se donner des moyens de mesurer nos consommations d'outils diagnostiques régulièrement, souvent disponibles facilement auprès des laboratoires
- ❖ Informer (études ++) et simplifier les recommandations, avec des messages et algorithmes clairs comme on le fait pour les traitements
- ❖ Un « les choses qu'on fait pour rien » français ?

BUA dans le monde

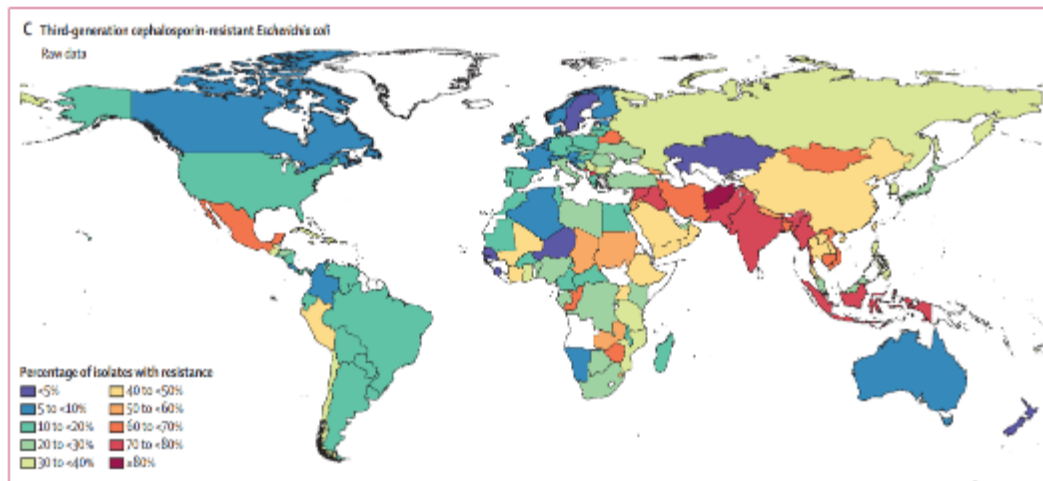
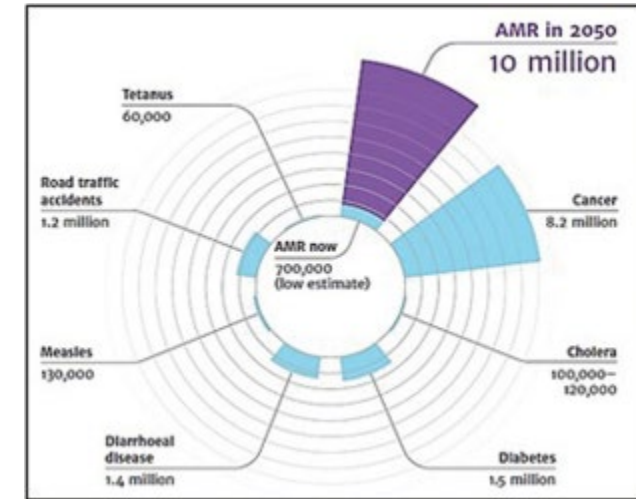
Bastien Mollo

(Session Groupe Bon Usage des Anti-infectieux)

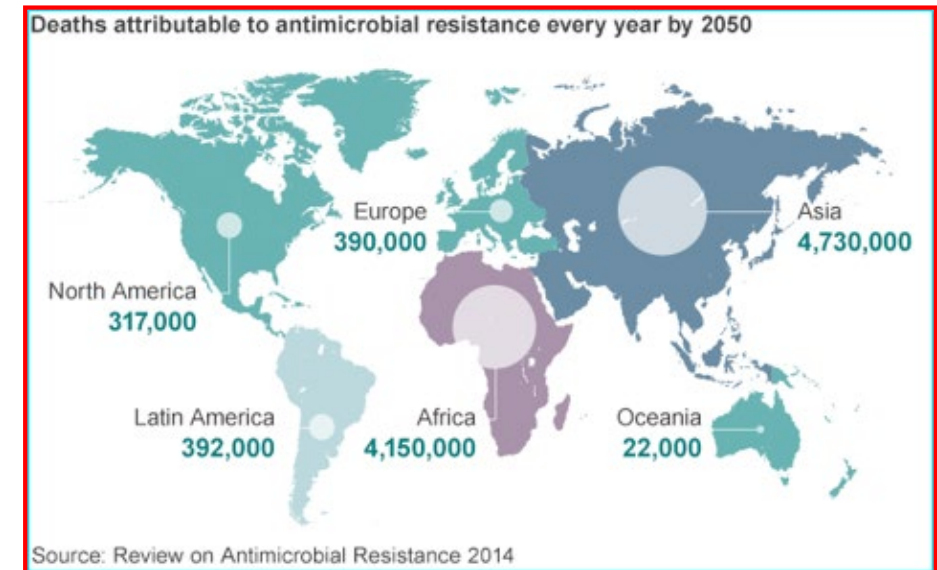
L'antibiorésistance : un fardeau d'abord dans les PRFI



Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990-2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. Lancet. 2024 .



Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022



Situations très hétérogènes



RCA : 37 \$/hab/an

185 fois moins d'argent pour la santé !!

- Pays à revenu **faible** : **27 USD** par habitant
- Pays à revenu **intermédiaire inférieur** : **81 USD** par habitant
- Pays à revenu **intermédiaire supérieur** : **164 USD** par habitant
- Pays à revenu **élevé** : **5000 USD** par habitant



Niger : 31 \$/hab/an



Afghanistan : 65 \$/hab/an



Bangladesh : 29 \$/hab/an

Accès à la Microbiologie fiable = rarissime

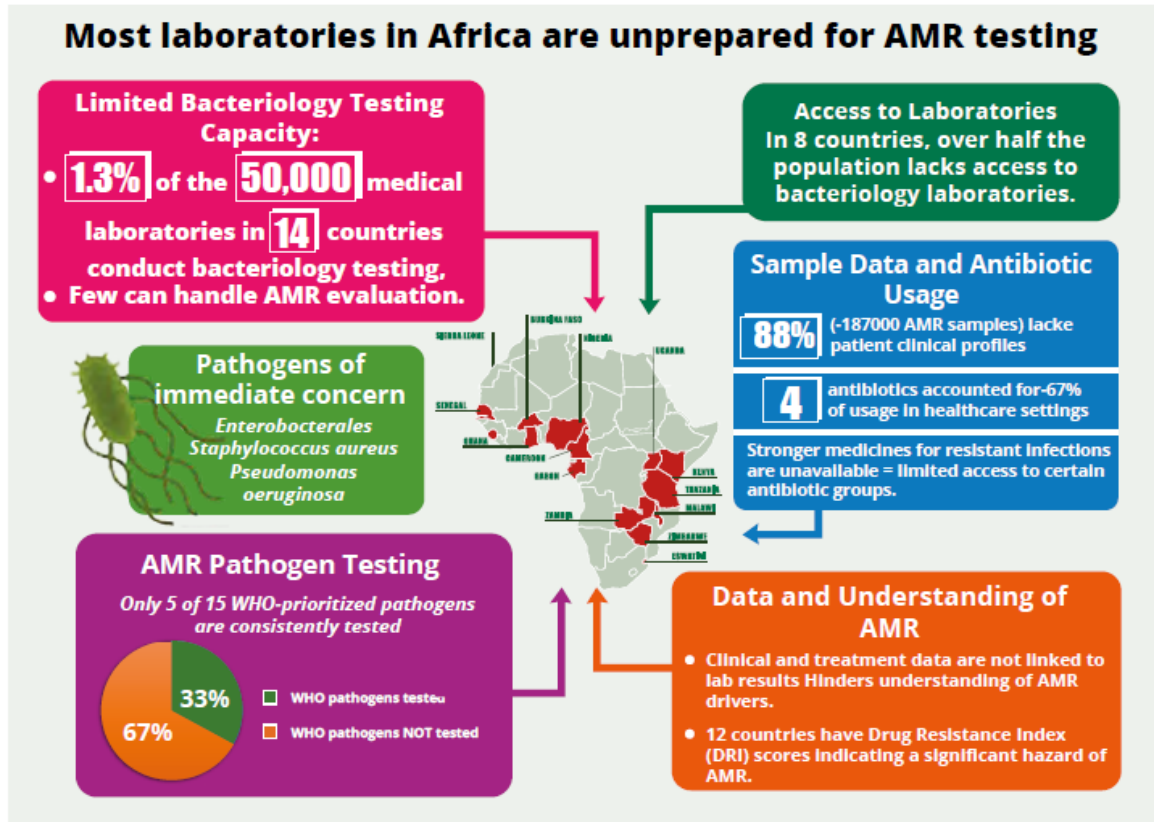
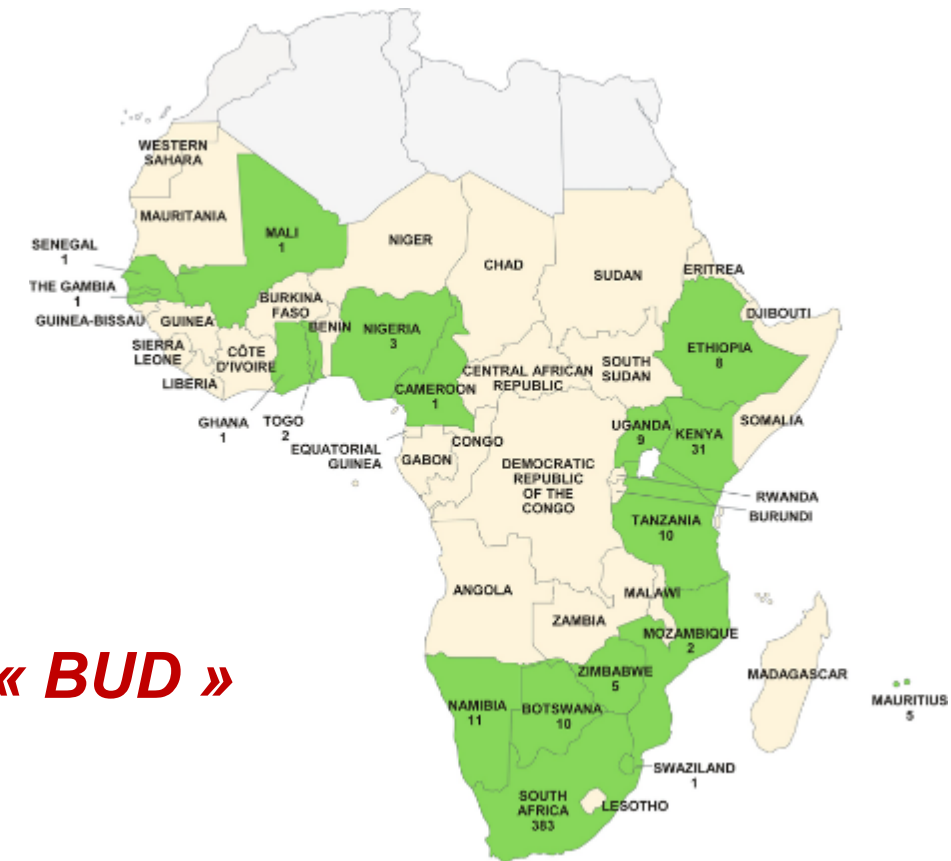


Figure 1: Key findings from MAAP Phase 1

Et le « BUD »
??

400 ans de formation nécessaire en Afrique sub saharienne pour atteindre le même ratio microbio/population qu'un pays comme USA ou UK

(Wilson ML., Access to pathology and laboratory medicine services: a crucial gap. *Lancet*. 2018)



Le BUA dans le monde = plusieurs actions possibles et complémentaires

	A l'étranger	En France
Formation	Cours/DIU avec universités locales Séminaires de formation à l'hôpital Formation au lit du patient	Accueil en stage (FFI; observership) MOOC, e-learning Supports de cours triés, accessibles en open source Accès libre au savoir médical : livres, applications
Compagnonnage, expertise en infectiologie et en BUA	Visite de conseil et d'appui Mission d'accompagnement et de transfert de compétences	Télé-expertise RCP en visioconférence Télé-conseil organisationnel : Mentorat (coaching) Réseau de paires (visio, webinaires, groupes whats'app...)
Expertise, Recherche, Innovations	Priorisation des besoins Identification des enjeux scientifiques Programme de recherche Mise en place d'application CDSS type Antibioclic ou IA	Veille scientifique Visibilité : session en congrès, éditorial Relecture de guidelines médicales Adaptation d'outils de BUA Animation d'un réseau engagé Partage d'expériences et priorisation des enjeux, plaidoyer Dynamisation des partenariats : opérationnels, scientifiques, académiques, et bailleurs

Module en ligne



ESCMID

Antimicrobial Stewardship in
Low and Middle-Income
Countries



Séminaire en ligne
"BUA dans les PRFI"
Janvier 2026



Remerciements :

Partages d'expérience :

A Bleibtreu, N Dournon, S Jauréguiberry,
M Garé, S Diamantis, J Lourtet, C Elias

Préparation :

- Groupe « BUA dans le monde » :
N Peiffer-Smadja, S Diamantis,
H Aumaître
- Coordinateurs Groupe BUA :
V Meyssonier, A Charmillon

Groupe de travail / réseau



INFECTIOLOGIE.com

BUA dans le monde

<https://www.infectiologie.com/fr/bua-dans-le-monde.html>



BUA dans le Monde
Groupe WhatsApp

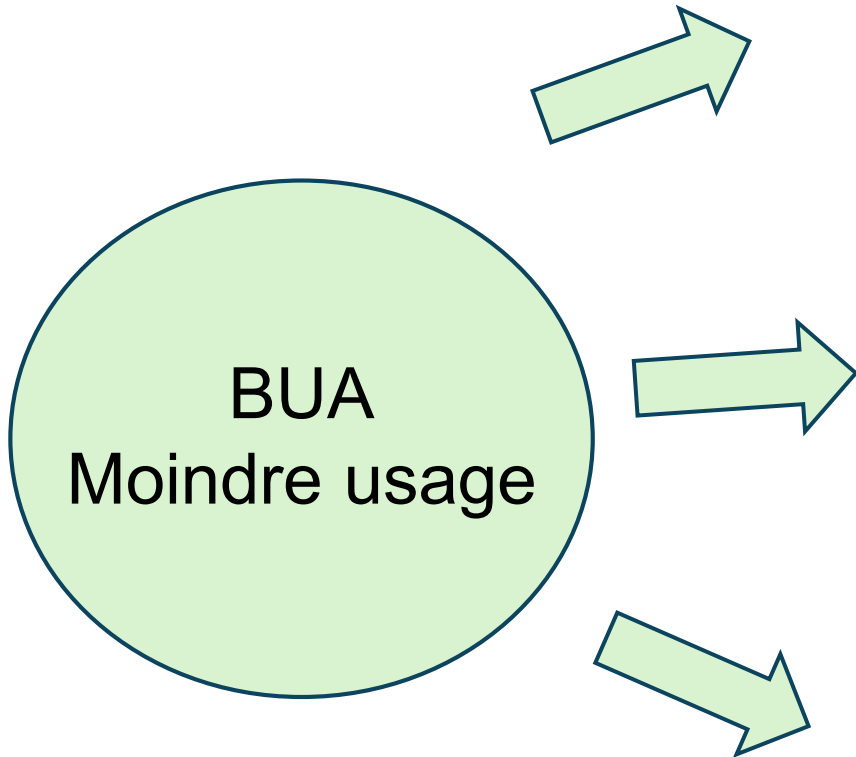


Approche non médicamenteuse

Véronique Mondain

(Session Groupe Bon Usage des Anti-infectieux)

Périmètre des approches non médicamenteuses



Eco-conception des soins, Eco-prescription,
Déprescription

Ce que je fais pour la collectivité/patient

Interventions non médicamenteuses INM/
Médecine intégrative

Ce que je fais directement pour mon patient

Médecine Environnementale

*Comment comprendre et explorer l'impact de
l'environnement sur les infections ?*

Périmètre des approches non médicamenteuses

Eco-conception des soins, Eco-prescription,
Déprescription

Réduire l'empreinte écologique et énergétique de soins à qualité et sécurité égales. Réflexion organisationnelle prenant en compte des enjeux environnementaux sociétaux et économiques

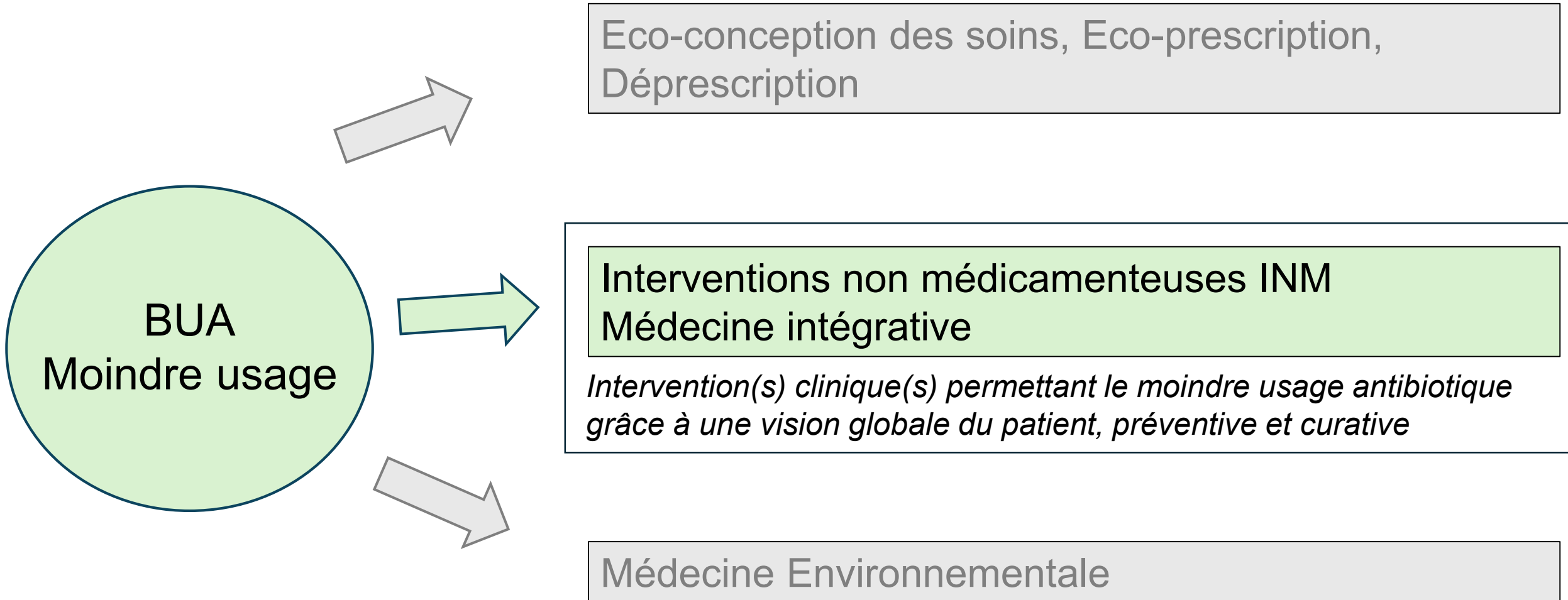
BUA
Moindre usage



*L'éco-soin, qu'est ce que c'est
?*

D Boisseau

Périmètre des approches non médicamenteuses



Interventions Non Médicamenteuses

CONTEXT

Offre de « soins complémentaires » utilisée par 60 à 80% des Français

Médecine alternative, douce, traditionnelle, soins de support...

Une offre toujours plus grande de « pratiques »
Plusieurs centaines

Un usage rarement tracé

Et de praticiens
Hors du code de santé publique

Contexte international
Etats-Unis, Suisse
Allemagne, Pays-Bas,
Espagne, Chine...

Création



issue de la plate-forme CEPS (Pr G Ninot)

Méthode

Démarche de **consensus**,

Intègre, interdisciplinaire, intersectorielle, itérative, participative, transpartisane,

Coordonnée par **22 experts** dont 20 disciplines différentes et 2 représentants des usagers,

Spécifique aux INM,

Pointant les **invariants méthodologiques et éthiques** issus de la littérature scientifique,

Suivant les recommandations internationales de la **recherche dans le domaine de la santé**,

Respectant l'**Evidence Based Medicine** et l'**approche biopsychosociale en santé**.

Etape 1 : Elaboration (70 participants, 7 réunions, 1 an)

Etape 2 : Amélioration (300 participants de 4 collèges, 9 réunions, 4 mois)

Etape 3 : Vote (503 participants de 4 collèges, 1 vote unique, 2 mois)

Etape 4 : Consultation (autorités, agences et sociétés savantes, 4 mois)

Etape 5 : Restitution (ministères, agences, assurance maladie, caisses, compléments santé, 2 mois)



Ministère de la Santé
14 septembre 2023



Sénat
6 octobre 2023



HAS
7 novembre 2023



Assurance Maladie
12 décembre 2023



CNSA
18 janvier 2024



Santé Publique France
26 janvier 2024

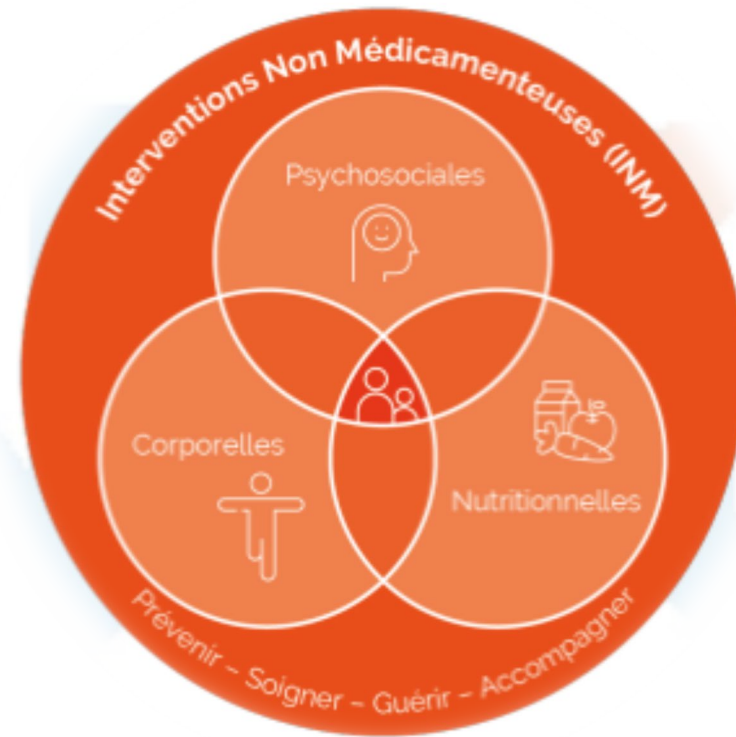


Académie Médecine
17 septembre 2024

« Protocole de prévention santé ou de soin efficace, personnalisé, non invasif, référencé et encadré par un professionnel qualifié »



Périmètre



Domaines

Un référentiel partageant en accès libre des fiches INM validées

- ✓ Partie pour le **professionnel** : Protocole
- ✓ Partie pour le **grand public** : Notice
- ✓ Interopérable logiciel métier
- ✓ Contenu multilingue
- ✓ Code unique
- ✓ Finançaible
- ✓ Traçable



Enseignement CUMIC

Item 327



**HYPNOSE
MEDITATION**



**OSTÉOPATHIE
MÉD
MANUELLE**



ACUPUNCTURE

Applications dans le champ de l'infectiologie

❖ Cystites récidivantes

- Hypnose
- Phyto-aromath

❖ Infections respi

Ogal et al. Eur J Med Res (2021) 26:33
<https://doi.org/10.1186/s40001-021-00499-6>

European Journal
of Medical Research

RESEARCH

Open Access

Echinacea reduces antibiotic usage in children through respiratory tract infection prevention: a randomized, blinded, controlled clinical trial

Mercedes Ogal¹, Sebastian L. Johnston², Peter Klein³ and Roland Schoop^{4*}

fficacité ? Petites séries.

	107 enfants	98 enfants
2 mois avec arrêt 1 semaine	400 mg d'extrait Echinacea purpurea x 3	50 mg vit C x 3
Jours de rhume	429	602
Complication traitée par ATB	5,8%	15,3%
Nombre de jours d'ATB	45	216