

Bon Usage des Antibiotiques (BUA) et Handicap Quels messages ?

A Debard

Infectiologue, CRAtb Occitanie, R-CRAtb

Groupe Bon Usage des Antibiotiques SPILF, Métaréseau PROMISE



Plan



1. Etat des lieux consommation - résistance
2. L'organisation de la prévention de l'antibiorésistance
3. BUA (bon usage des antibiotiques) et Handicap
4. Quelles recommandations pour un bon usage des ATB en secteur du handicap



Antibiorésistance — Niveau Mondial



Rapport mondial OMS — GLASS 2025 (données 2018-2023)

1,14 M

décès imputables à la RAM en 2021 au niveau mondial (The Lancet)

1 / 6

souche bactérienne résistante aux ATB (2023) jusqu'à 1/3 urines

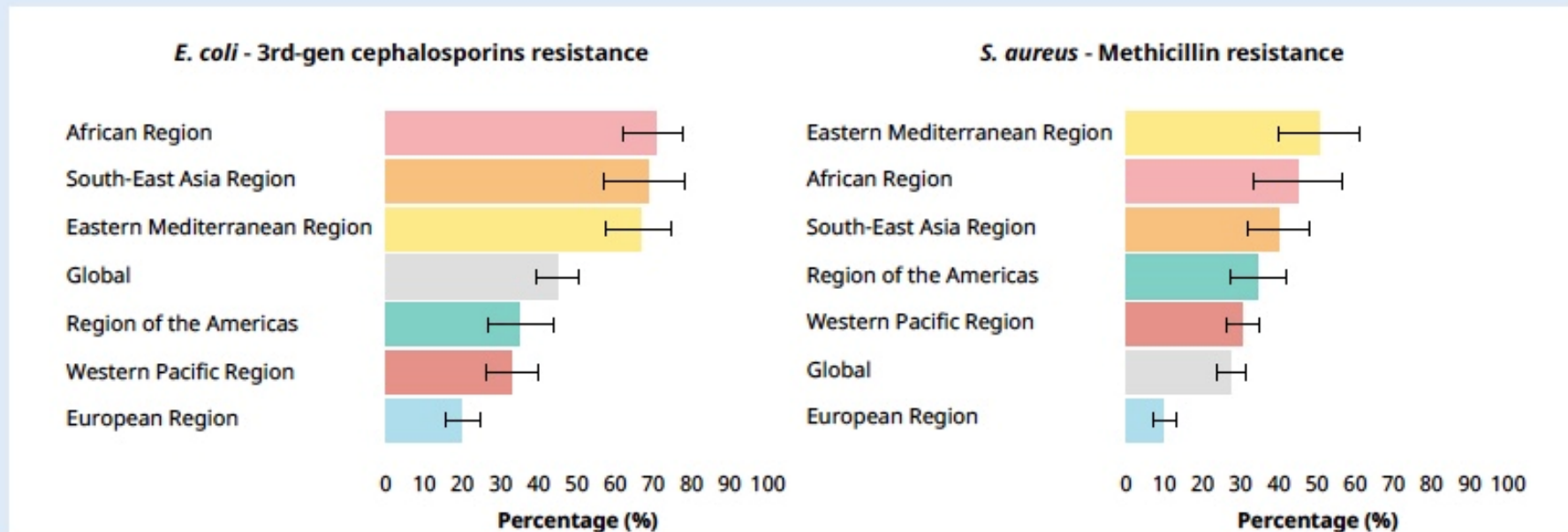
5-15 %

augmentation annuelle moyenne de la résistance

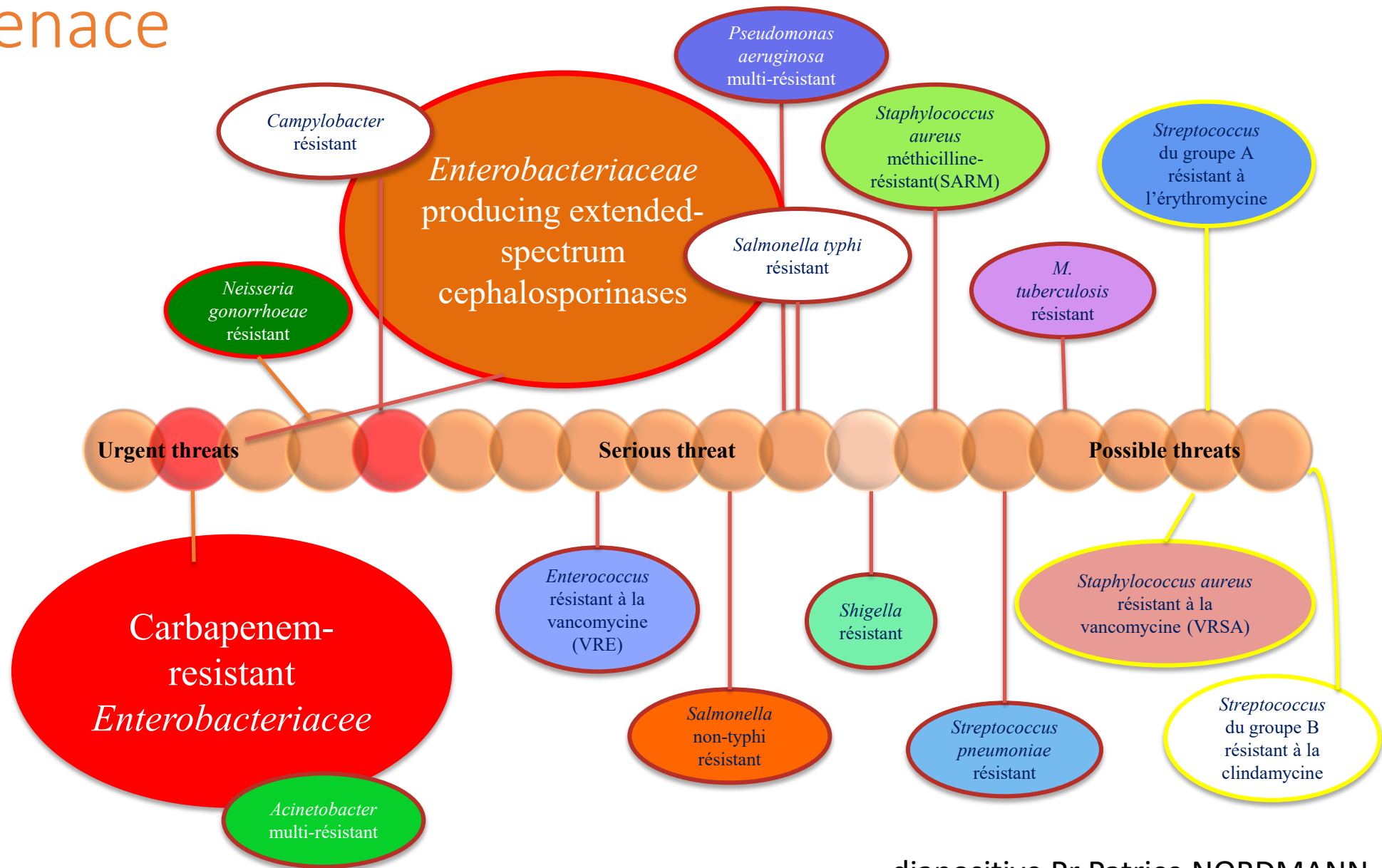
3 000 Mds\$

de pertes de PIB mondial annuelles estimées d'ici 2030

Figure 3.2. Percentage resistance to third-generation cephalosporins in *E. coli* and MRSA: global and regional estimates, 2023



Menace



EU Consommation Antibiotique — Niveau Européen (UE/EEE)

Établissements de santé & consommation

ECDC — Rapport annuel 2024 (données 2019-2023)

35 000

décès/an en Europe
imputables à la RAM

2019 : 5^e rang européen

2024 : 2^e rang
consommation

26,5 DDJ / 1 000 hab/j
Derrière la Grèce (29,9)

**FIGURE 4. Consommation d'antibiotiques : place de la France en Europe.
Santé humaine, années 2019 et 2024**

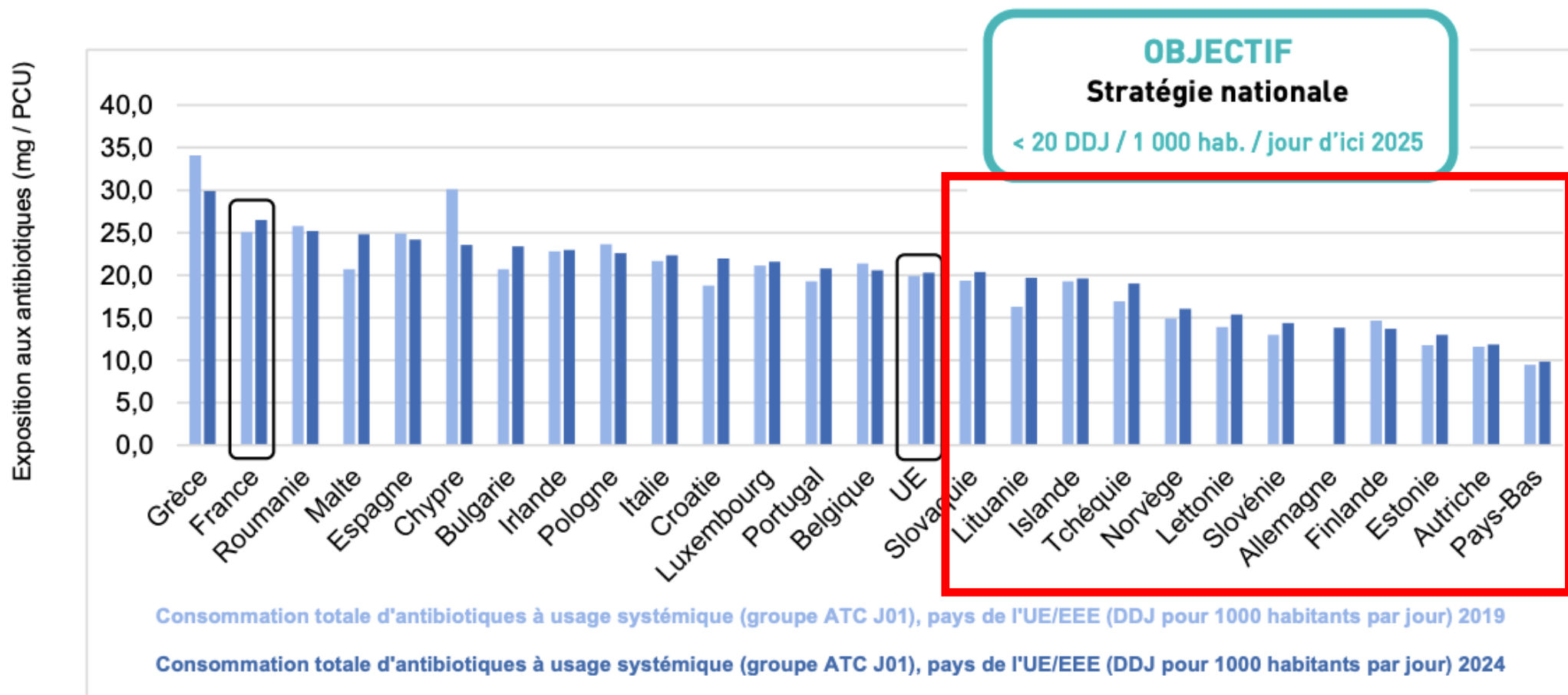
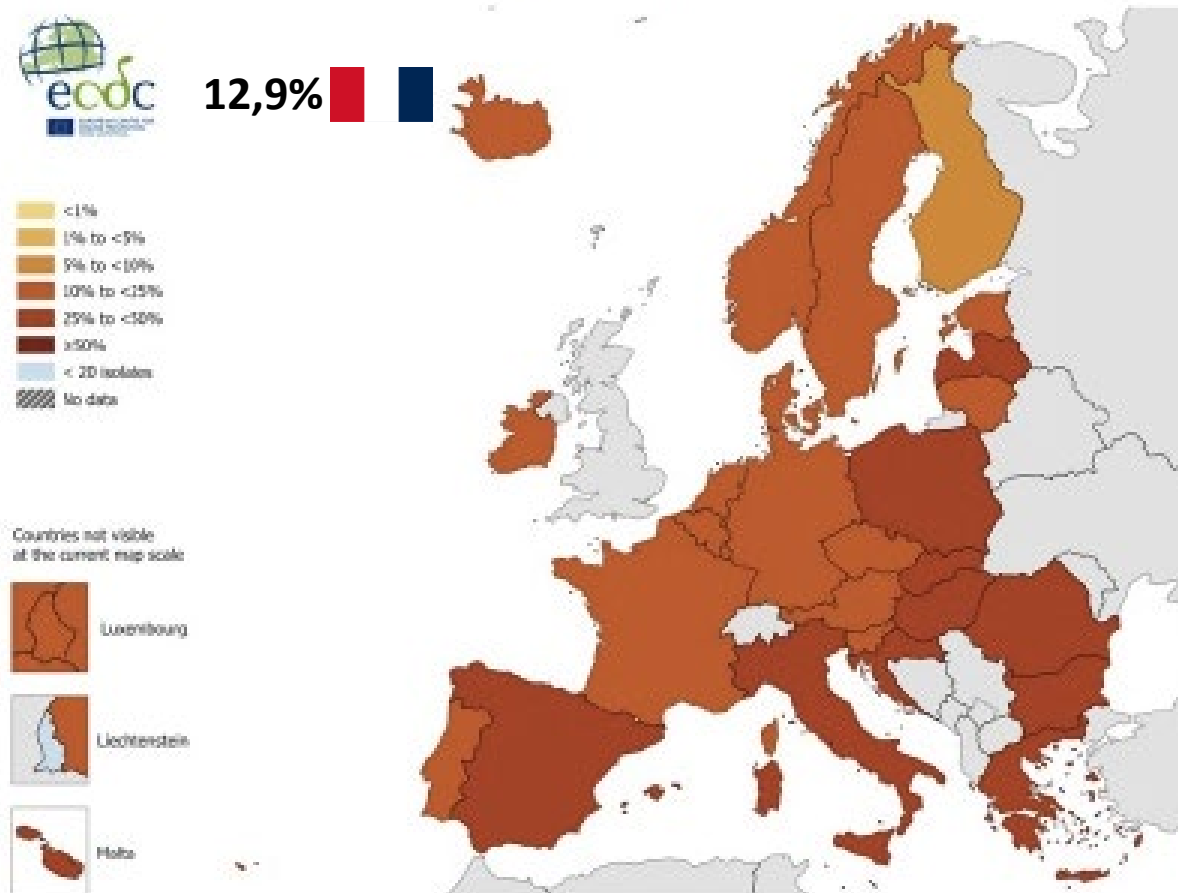


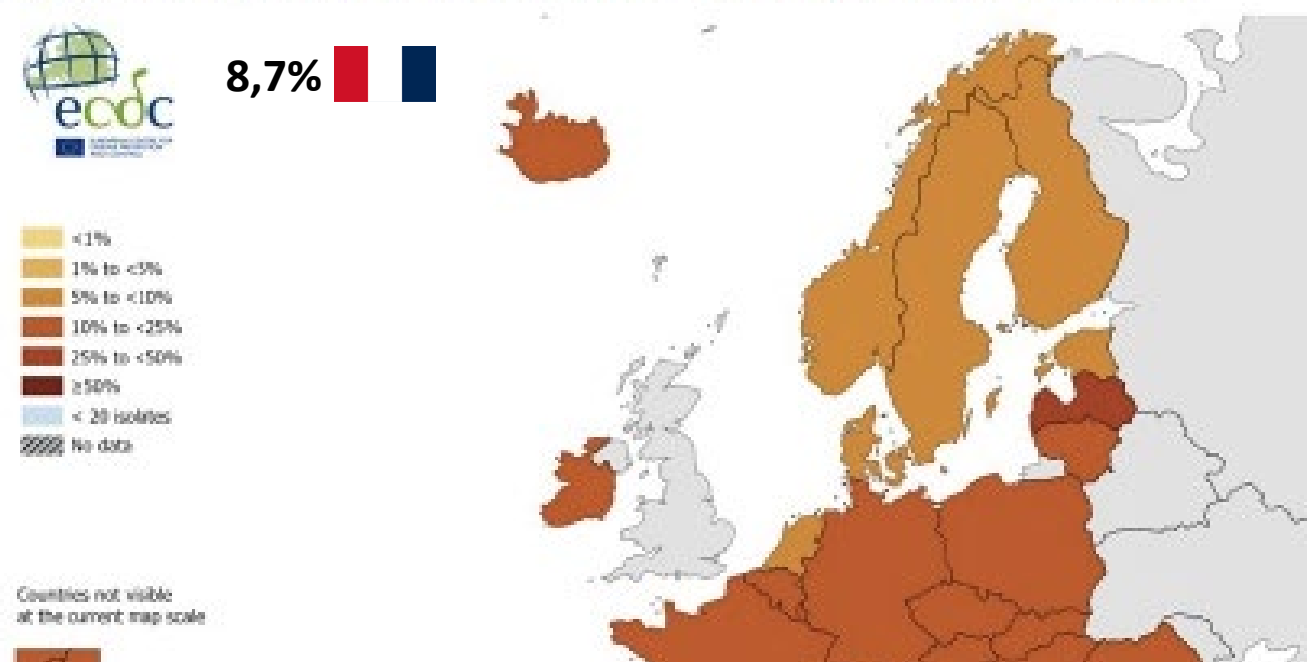
Figure 1. *Escherichia coli*. Percentage of invasive isolates resistant to fluoroquinolones (ciprofloxacin/levofloxacin/ofloxacin), by country, EU/EEA, 2024



Administrative boundaries: © EuroGeographics. The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. Map produced by ECDC on 28-August-2024



Figure 2. *Escherichia coli*. Percentage of invasive isolates resistant to third-generation cephalosporins (cefotaxime/ceftriaxone/ceftazidime), by country, EU/EEA, 2024



Administrative boundaries: © EuroGeographics. The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. Map produced by ECDC on 28-August-2024



Figure 4. *Klebsiella pneumoniae*. Percentage of invasive isolates resistant to third-generation cephalosporins (cefotaxime/ceftriaxone/ceftazidime), by country, EU/EEA, 2024

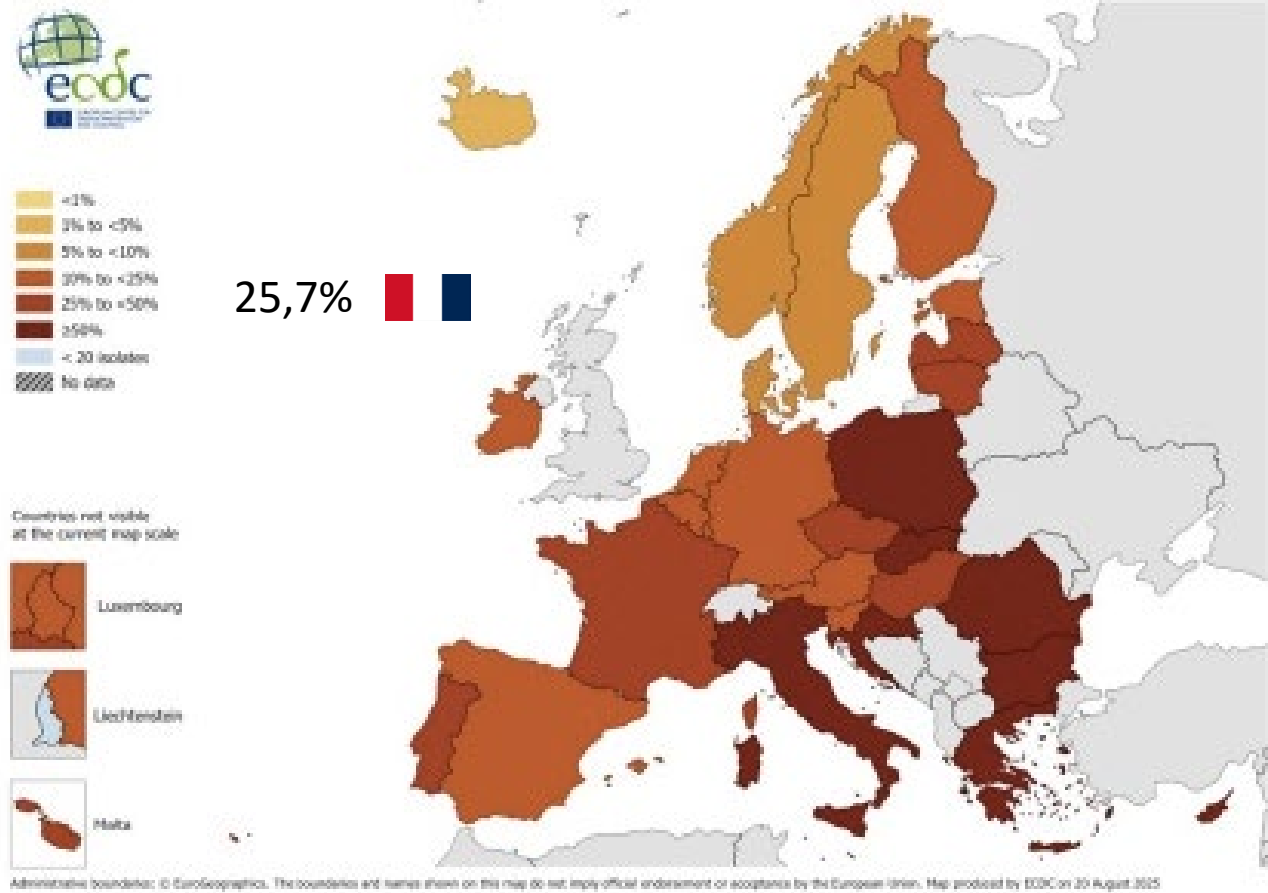
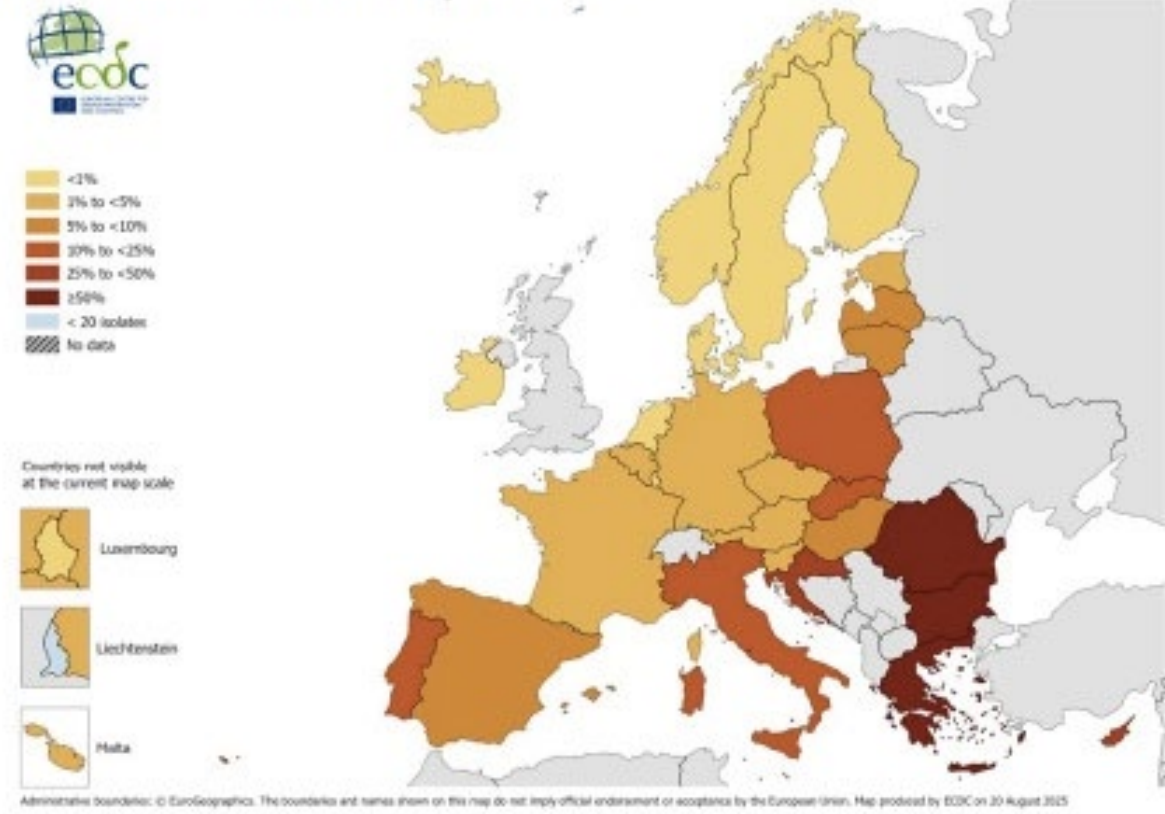


Figure 5. *Klebsiella pneumoniae*. Percentage of invasive isolates resistant to carbapenems (imipenem/meropenem), by country, EU/EEA, 2024

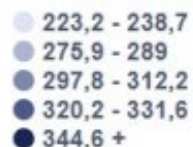


Mission SPARES / Santé publique France — Données 2023-2024

322

DDJ / 1 000 JH consommées
en ES (2024) — niveau record
depuis 2015 (+ 13 % vs 2019)

Données régionales 2024 de consommation d'antibiotiques



Source : ConsoRes® - analyses en accès libre

Figure A1 | Consommation globale régionale d'antibiotiques en établissements de santé en nombre de doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 JH (2024, mission SPARES - Nouvelle-Calédonie et Mayotte non représentées)

+ 5,4 %

hausse consommation ATB
en ville en 2024 (vs 2023)

ATB :

**92% sont dispensés en ville
dont 15% sur prescriptions
hospitalières**
75% par les généralistes
12% spécialistes
2% les pédiatres
12% les dentistes

Occitanie

Année 2024 - Secteur ville - Synthèse



Bon usage des antibiotiques

Consommation globale
d'antibiotiques

**884.07 Prescriptions/1000
habitants**



France entière : **849.50**

Prescriptions/1000 habitants

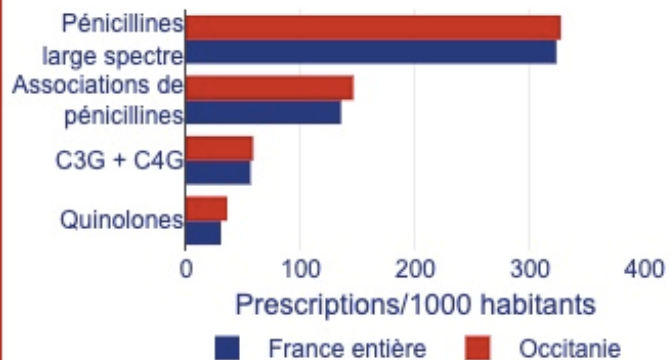
Objectif de la Stratégie Nationale
2022-2025 : **< 650**

Prescriptions/1000 habitants

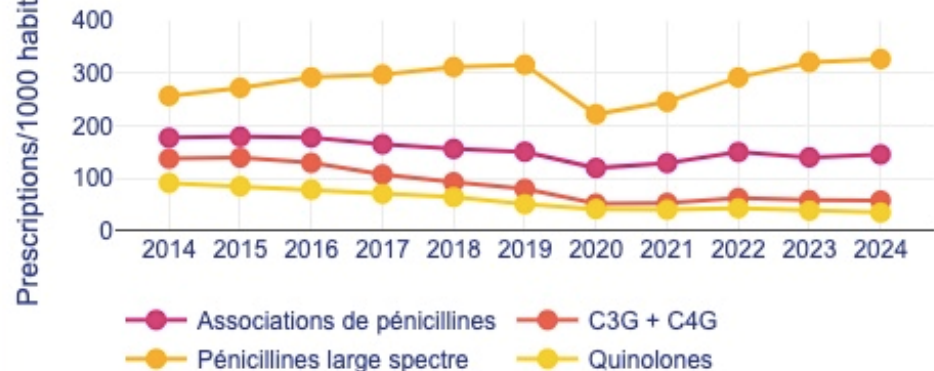
Evolution de la consommation globale d'antibiotiques



Consommation par famille d'antibiotiques



Evolution des consommations par famille d'antibiotiques



ou une région :

France entière

2024

3 - Choisir une échelle :

- Région
- Département
- EPCI GHT/EMA
- CPTS

i Les données par GHT/EMA/CPTS sont disponibles uniquement pour certaines régions.

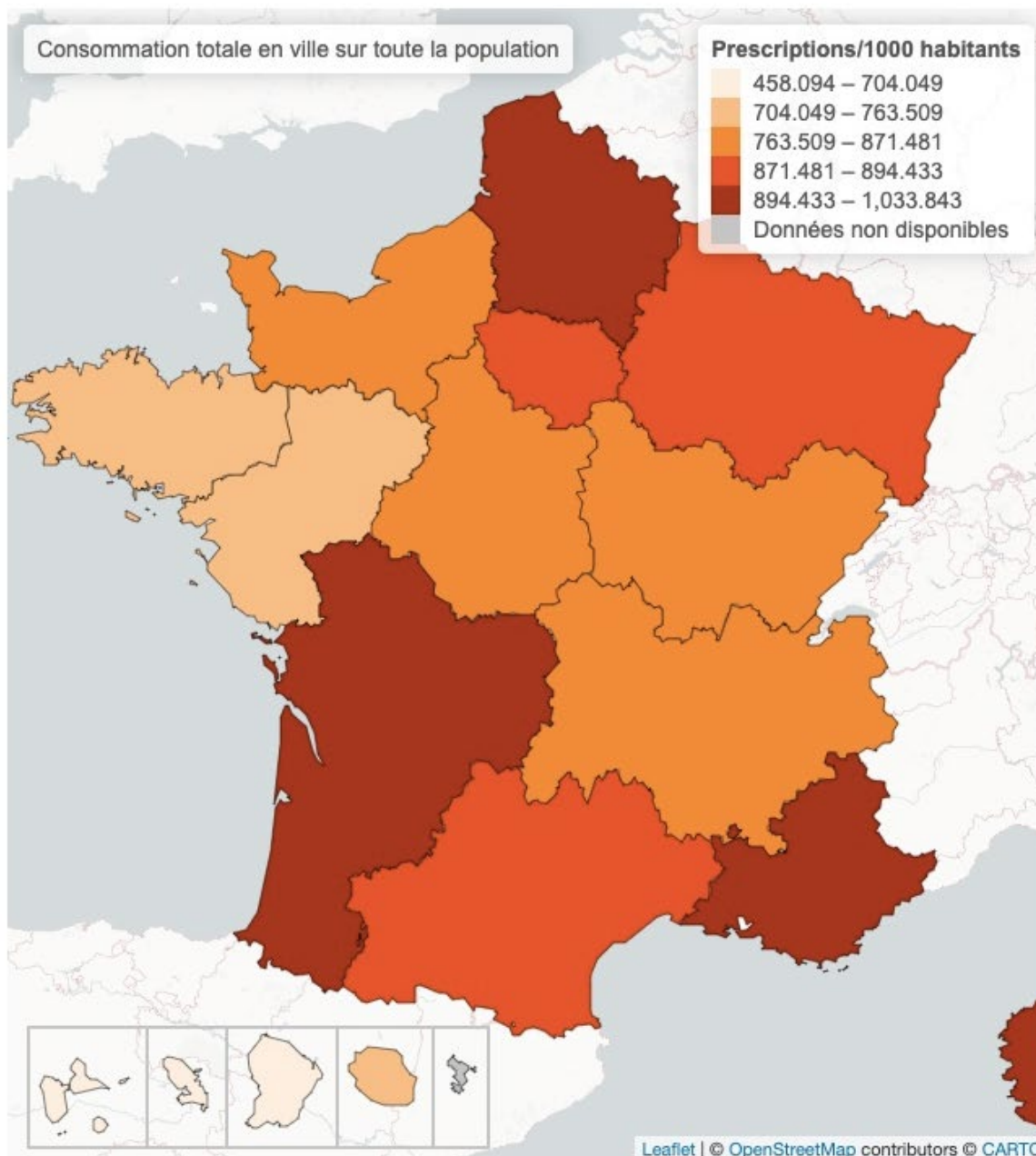
4 - Choisir une unité :

- Prescriptions DDJ

5 - Choisir une classe d'âge :

Toutes

i



Mission PRIMO Ville 2024

1 - Choisir un secteur :

Ville

EHPAD

2 - Choisir France entière ou une région :

France entière

3 - Choisir une échelle :

- Région
- Département
- EPCI
- GHT/EMA
- CPTS

Les données par GHT/EMA/CPTS sont disponibles uniquement pour certaines régions.

4 - Choisir une unité :

- Prescriptions
- DDJ

5 - Choisir une classe d'âge :

Toutes

i

Votre sélection : secteur ville, France entière, échelle régionale, unité Prescriptions

Evolution

Table de données

Carte

Comparaison

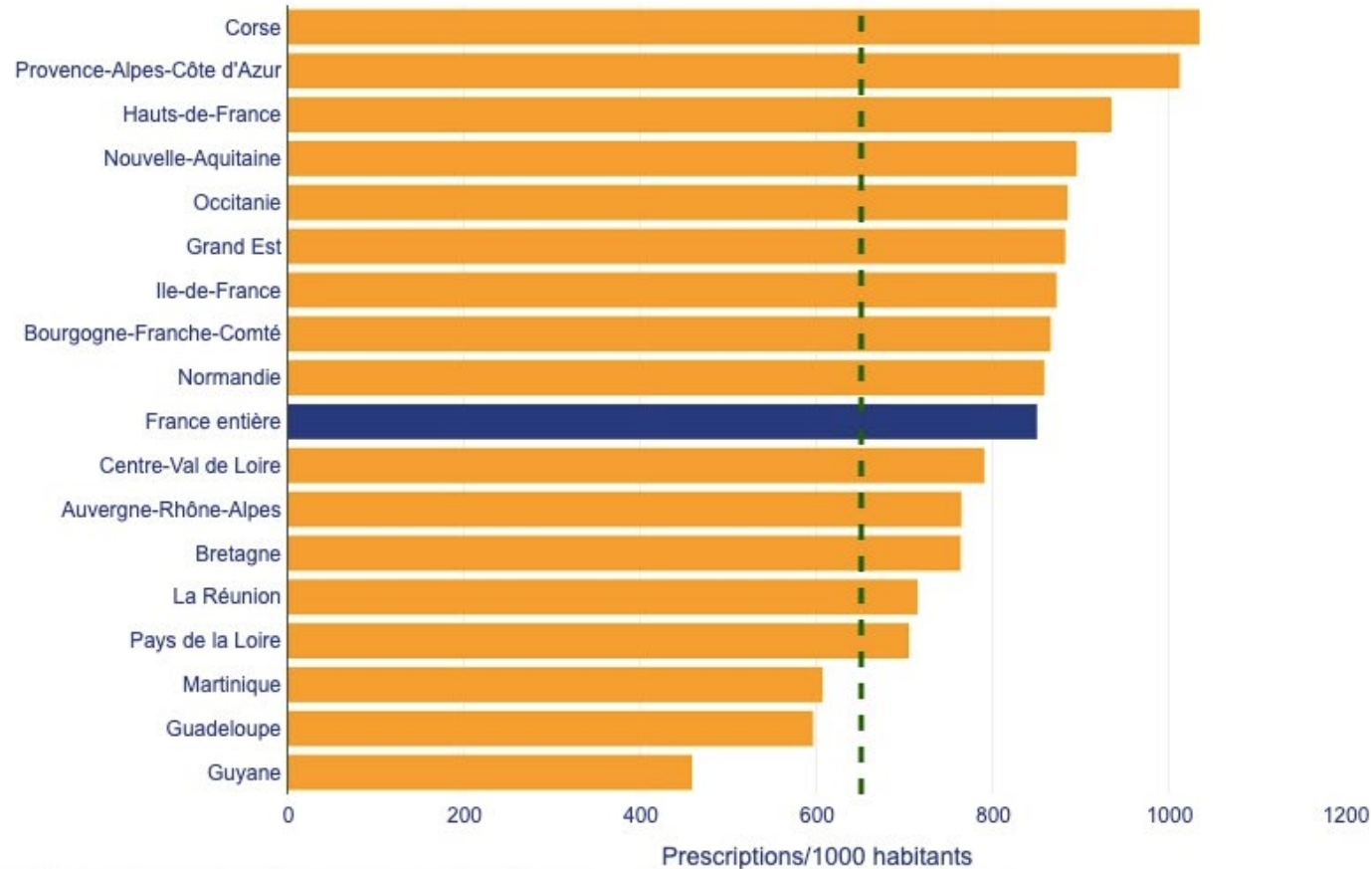
Info

Mission PRIMO Ville 2024

Année

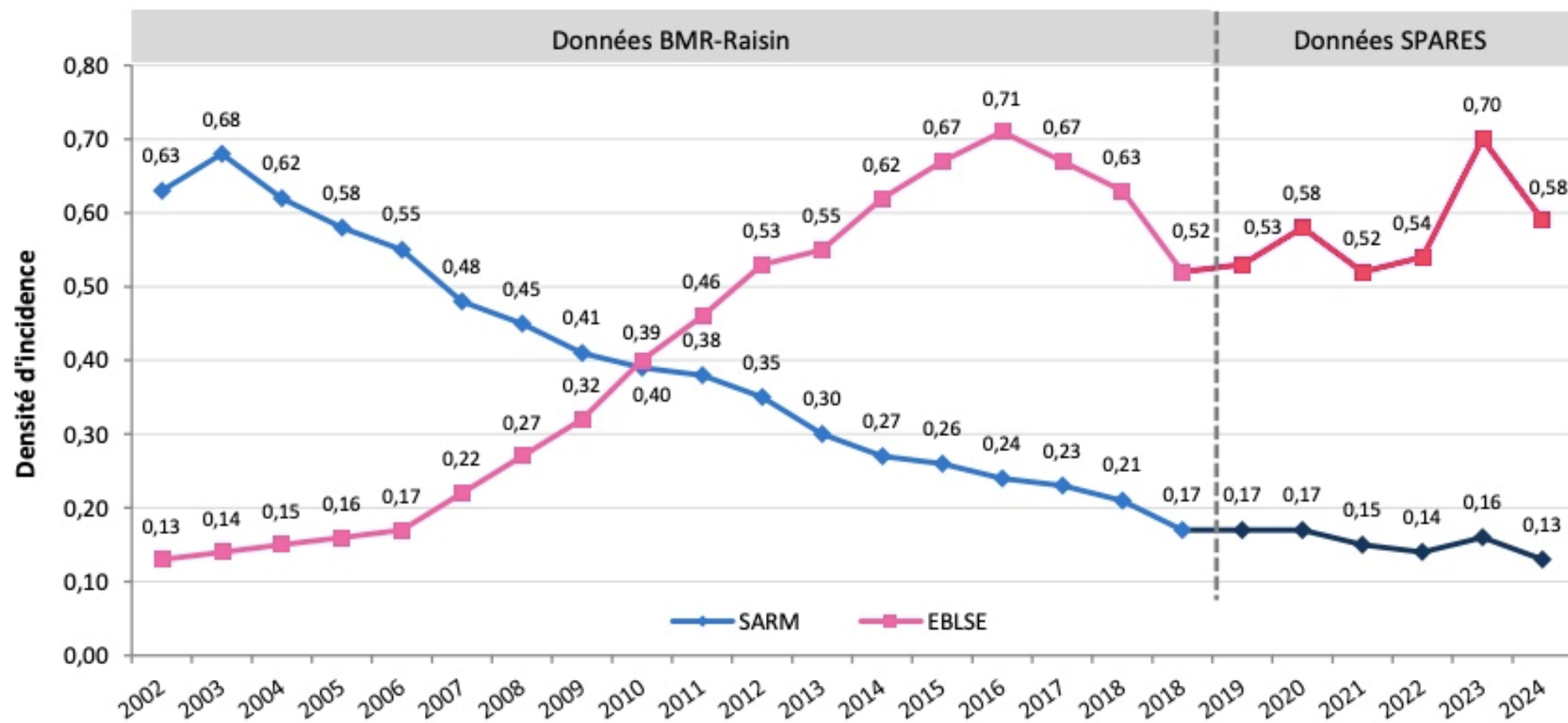
2024

Comparaison régionale des consommations d'antibiotiques de ville en 2024 sur toute la population



Objetif de la Stratégie Nationale 2022-2025 : < 650 Prescriptions/1000 habitants

Après une année 2020 marquée par la crise sanitaire, l'incidence des EBLSE est en augmentation constante depuis 2022. L'incidence des SARM est en diminution depuis 2003.

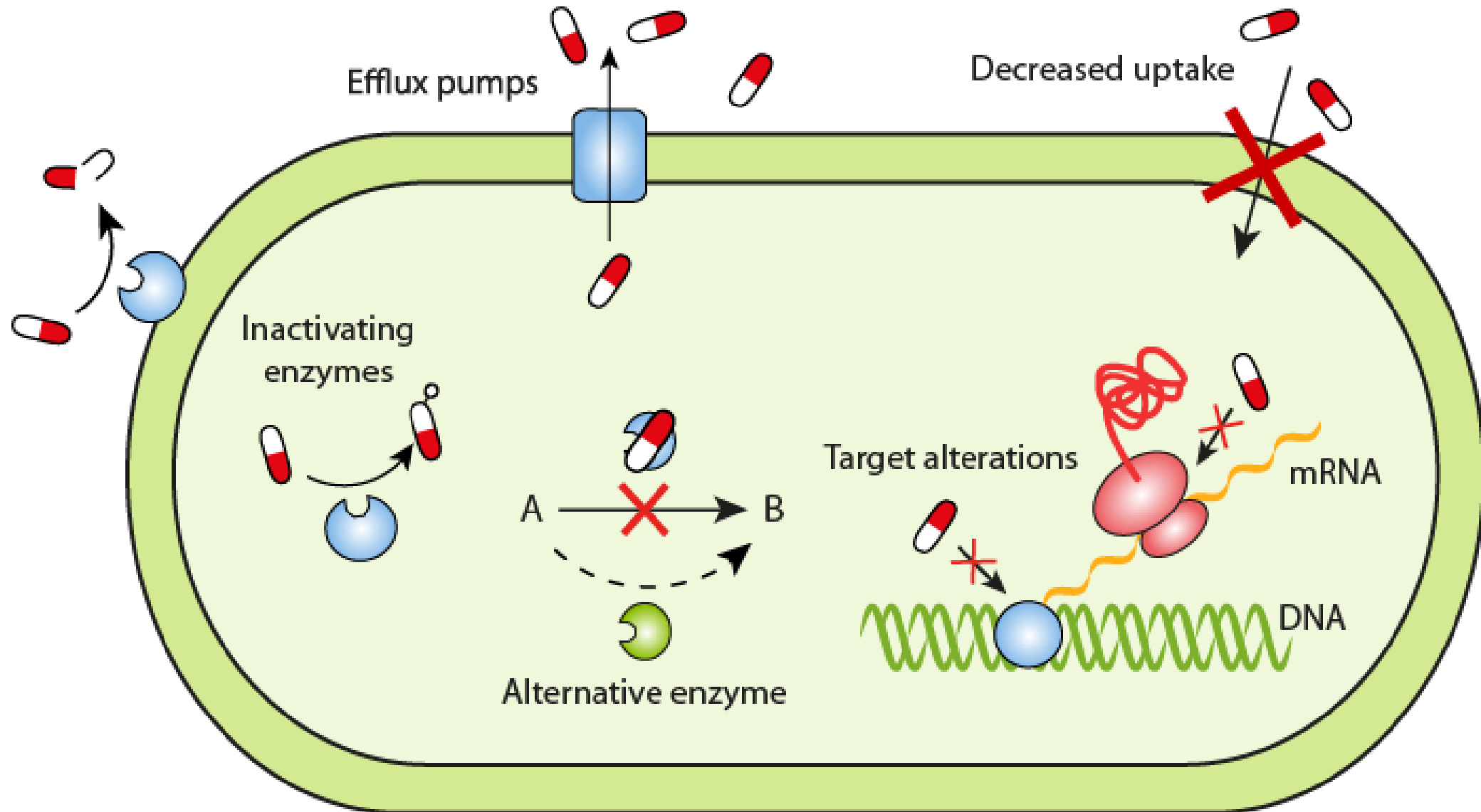


Nombre d'établissements participants variable chaque année, changement de méthode de surveillance en 2018 et ponctuellement en 2023

Figure 11 | Évolution entre 2002 et 2024 de la densité d'incidence (nombre de souches pour 1 000 JH) des SARM et des EBLSE

Les mécanismes de résistances bactériennes

Il y a autant de mécanismes de résistance qu'il y a de cibles pour les antibiotiques



Caractère naturel ou acquis de la résistance

Résistance naturelle

Caractéristique d'une espèce bactérienne

Phénotype normal
« sauvage »

⇒ Définit le spectre d'activité des ATB

⇒ Espèces habituellement sensibles, modérément S ou R

Résistance acquise

Comportement « anormal » de certaines souches d'une espèce R évolutives, fréquence variable capacités d'adaptation +++

Phénotype résistant

⇒ Modifications génétiques

* mutations

* acquisition de gènes étrangers

- Gènes intégrés au chromosome
- Éléments mobiles

(plasmides, transposons, cassettes des intégrons)

Support génétique de la résistance acquise

Rend compte de l'**évolution** et de la **fréquence** des résistances

CHROMOSOMIQUE

Spontanée, rare, stable,
Spécifique de l'ATB

Transmission
verticale

⇒ **Dissémination de la R**

= descendance
= **épidémies de souches**

PLASMIDIQUE ou TRANSPOSABLE

+/- stable

Transmission

```
graph TD; T[Transmission] --> V[verticale]; T --> H[horizontale]; H --- H_desc[même espèce ou espèces différentes]
```

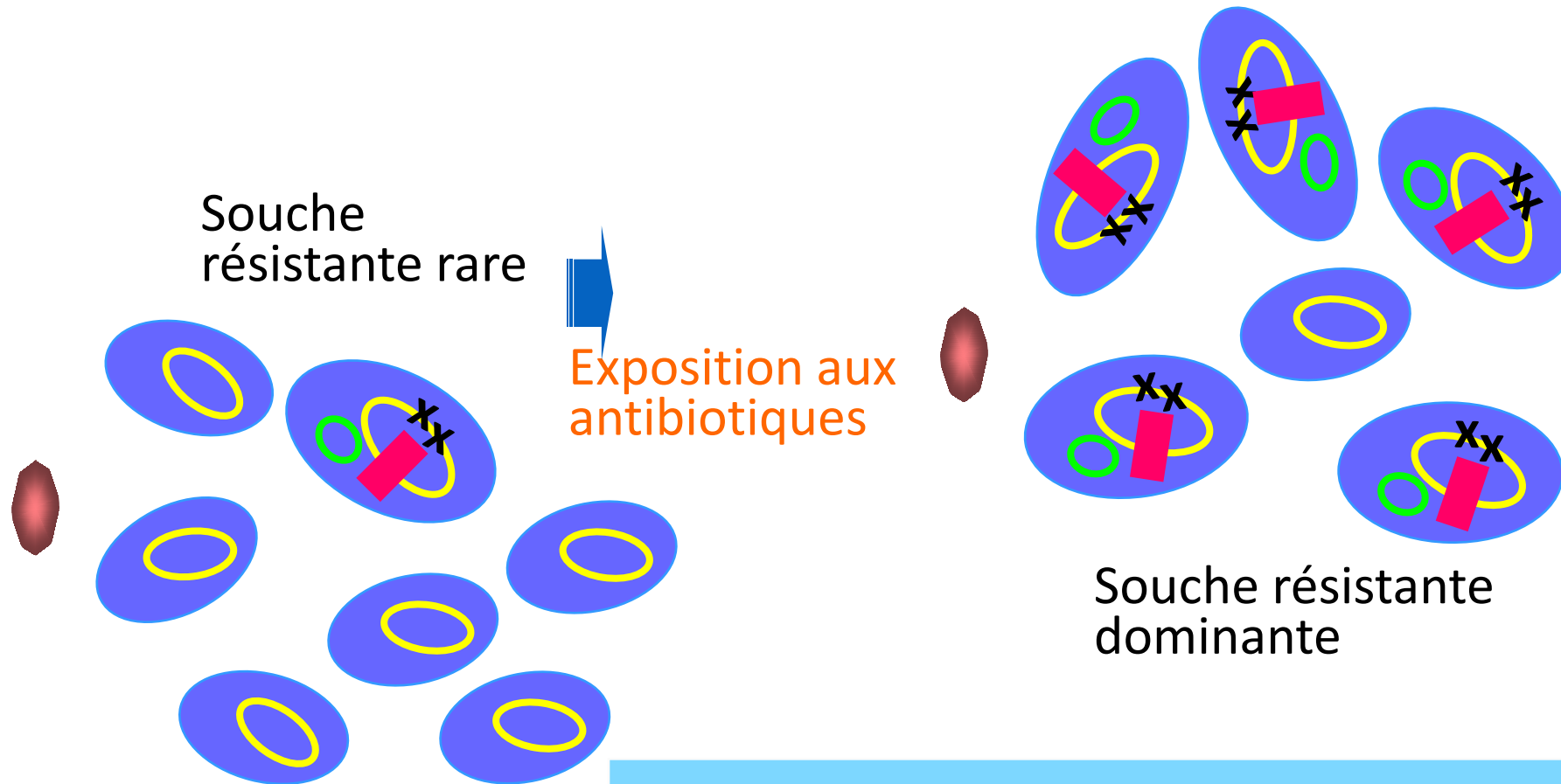
verticale

horizontale
même espèce ou
espèces différentes

⇒ **Dissémination de la R**

= **épidémies de souches**
de plasmides, de gènes

Mécanismes de la résistance : Sélection des bactéries résistantes



Les antibiotiques sélectionnent les souches résistantes

L'évolution des résistances

Rôle des voyages

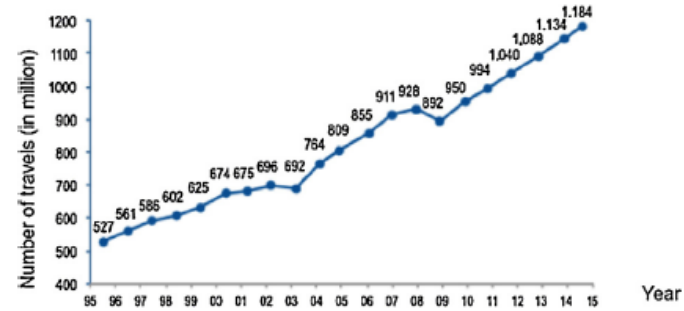


Fig. 2. Progression of international travels per year, in million (source UNWTO) [20].
 Évolution du nombre de voyages internationaux dans le monde en millions par année (source UNWTO) [20].

L. Armand-Lefèvre et al. / Médecine et maladies infectieuses 48 (2018) 431–441

433

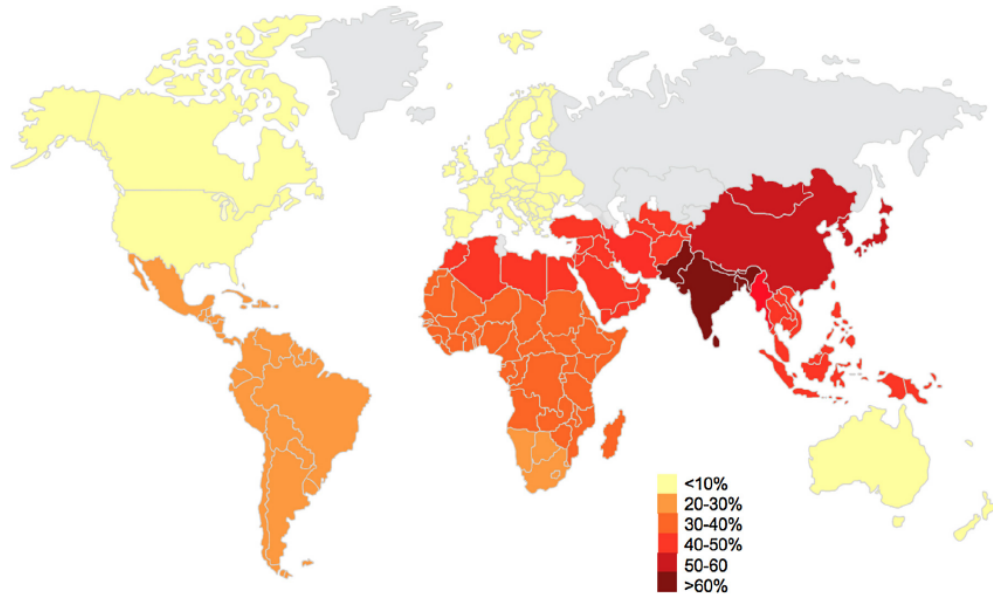


Fig. 1. Acquisition rates of multidrug-resistant Enterobacteriaceae (MRE) depending on the destination of travel (based on the most recent and important studies).
 Taux d'acquisitions d'entérobactéries multi-résistantes (EMR) en fonction des régions de voyage (fondé sur les études les plus récentes et présentant le plus grand nombre de patients inclus).

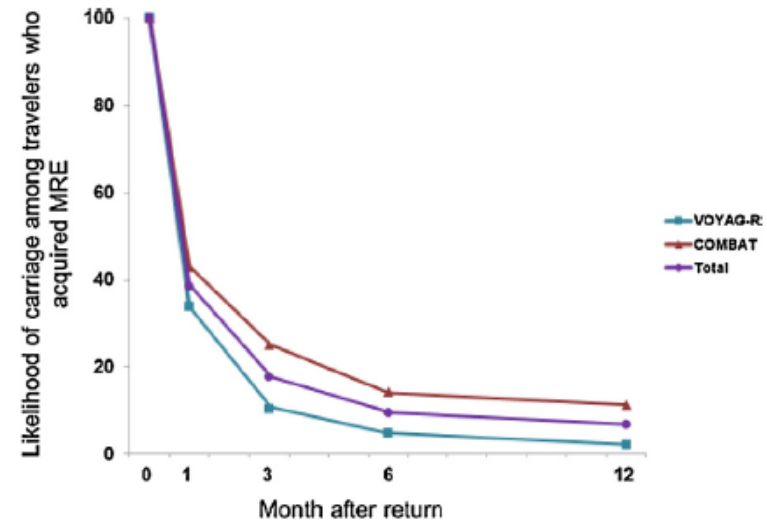


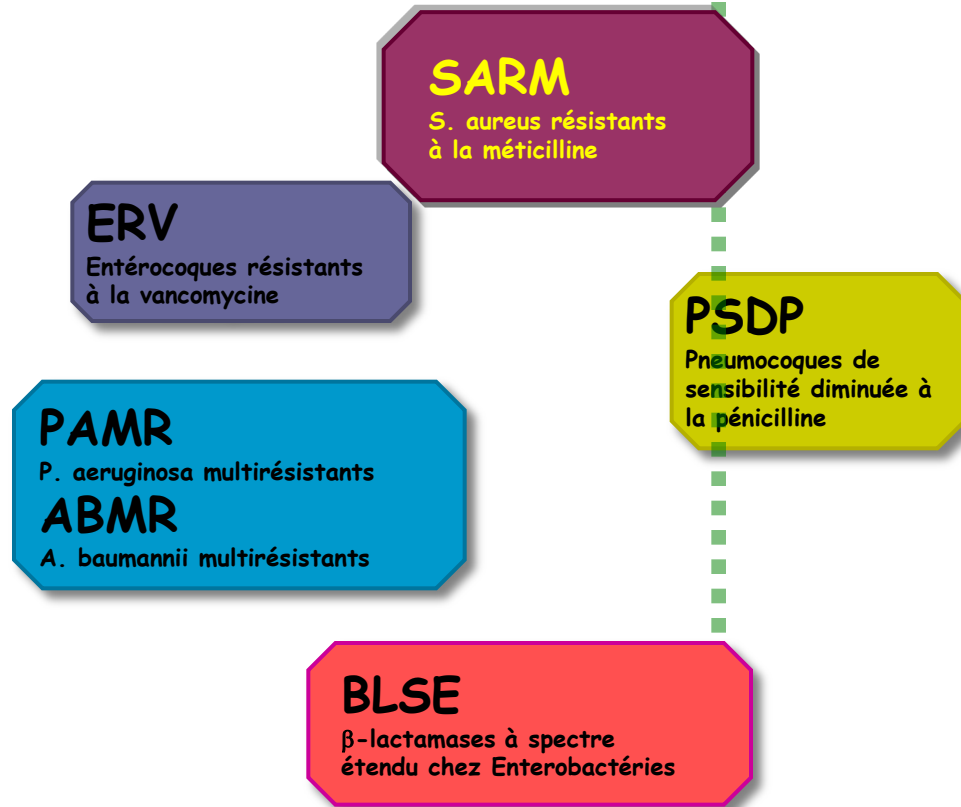
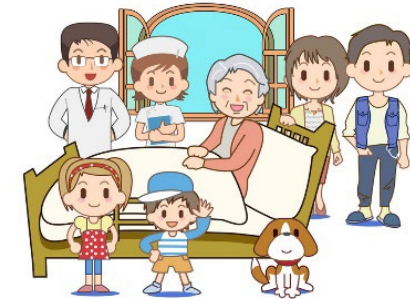
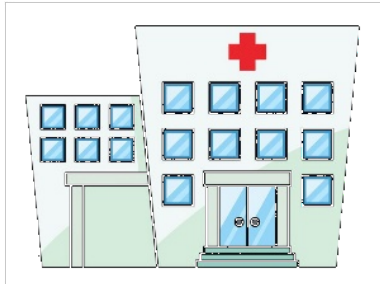
Fig. 3. Dynamic of clearance of intestinal carriage of multidrug-resistant Enterobacteriaceae (MRE) after traveling abroad [30,32].
 Cinétique de négativation du portage intestinal des entérobactéries multirésistantes (EMR) acquises après un voyage à l'étranger [30,32].

La transmission par les mains contaminées du personnel soignant est le schéma de transmission le plus courant des infections associées aux soins

Emergence de BMR communautaires Hier

BMR nosocomiales

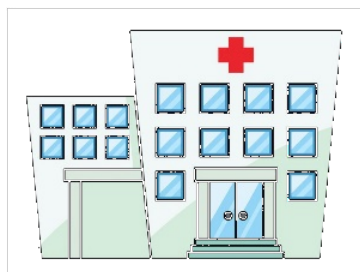
BMR communautaires



Emergence de BMR communautaires Aujourd'hui

BMR nosocomiales

BMR communautaires



ERV

Entérocoques résistants
à la vancomycine

PAMR

P. aeruginosa multirésistants

ABMR

A. baumannii multirésistants

EPC

SARM

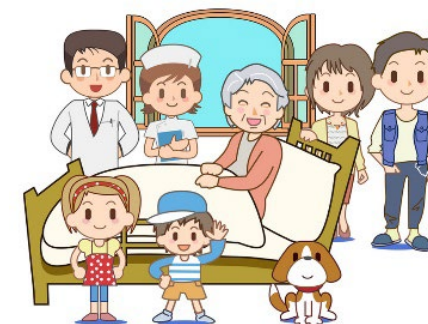
S. aureus résistants
à la métilline

PSDP

Pneumocoques de
sensibilité diminuée à
la pénicilline

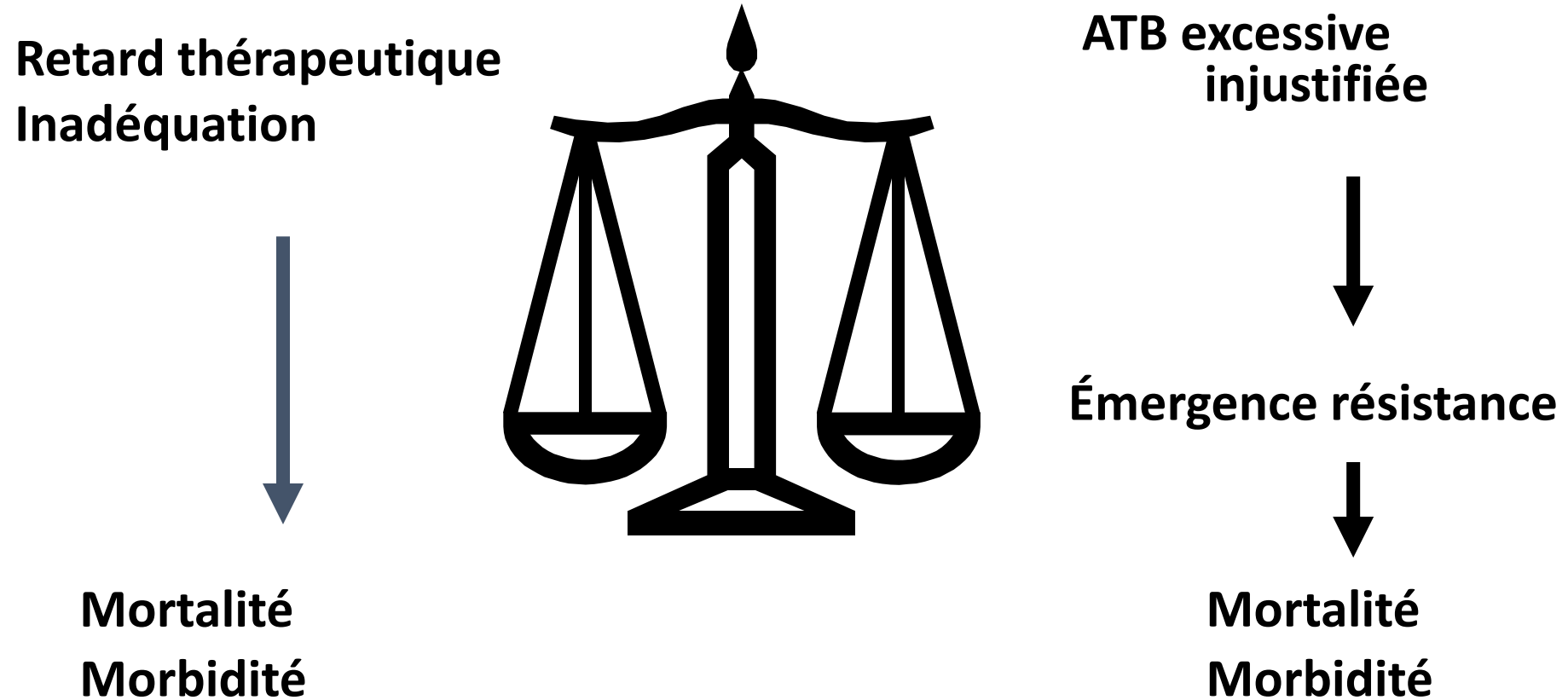
BLSE

β -lactamases à spectre
étendu chez Enterobactéries



Les bactéries multirésistantes peuvent être responsables
d'infections communautaires

La lutte contre l'antibiorésistance



Plan



1. Etat des lieux consommation - résistance
2. L'organisation de la prévention de l'antibiorésistance
3. BUA (bon usage des antibiotiques) et Handicap
4. Quelles recommandations pour un bon usage des ATB en secteur du handicap

Organisation en France : feuille de route 2024-2034



Feuille de route interministérielle

2024 - 2034

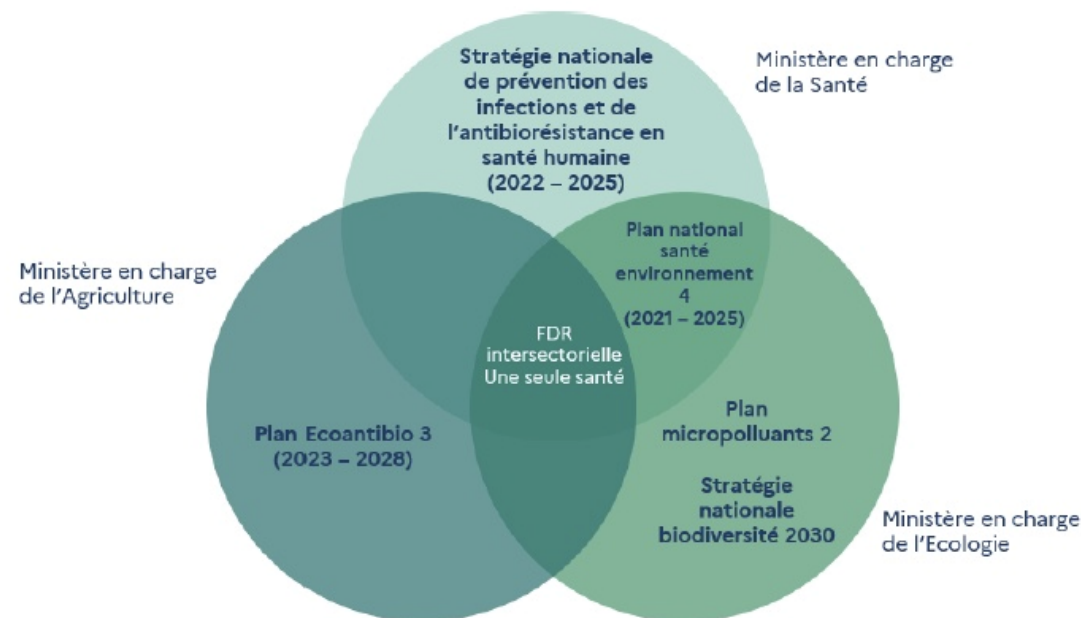
Prévention et réduction de
l'antibiorésistance, lutte contre la
résistance aux antimicrobiens



Antibiotiques
Antiviraux
Antifongiques
Antiparasitaires

Septembre 2024

Ainsi, la feuille de route interministérielle « Une seule santé » permet de renforcer la gouvernance intersectorielle¹⁵ et de coordonner la mise en œuvre et le suivi des actions intersectorielles, complémentaires de celles portées par les plans sectoriels.



¹⁵ Stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine

¹⁶ Plan Ecoantibio 3 (2023 - 2028)

¹⁷ Plan national santé environnement 4 (PNSE4) « Un environnement, une santé » (2021-2025), Stratégie nationale biodiversité 2030

¹⁸ La gouvernance de la feuille de route interministérielle implique sept ministères, le SGAE et six agences.

Stratégie Nationale de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance 2022-2025...2027. SNPIA



Refonte du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias 2015)

Déclinaison opérationnelle en santé humaine des actions de lutte contre l'antibiorésistance en France (Feuille de route 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance)

Deux piliers : **la prévention et le contrôle des infections (PCI) et le bon usage des antibiotiques (BUA), dans les 3 secteurs**

9 axes stratégiques et 42 actions

Gouvernance : un comité de pilotage des pouvoirs publics et un comité de suivi des parties prenantes

Suivi et évaluation : indicateurs de suivi et indicateurs d'impact
rapport annuel, évaluation in itinere par le HCSP

**BILAN SYNTHÉTIQUE DES ACTIONS MENÉES
EN SANTÉ HUMAINE EN 2025 DANS LE CADRE
DE LA STRATEGIE NATIONALE 2022 – 2027 DE
PREVENTION DES INFECTIONS ET DE
L'ANTIBIORESISTANCE**

Rapport annuel synthétique
Avril 2026



**Évaluation *in itinere*
de la Stratégie nationale
de prévention des infections
et de l'antibiorésistance (SNPIA)
2022-2025**

Rapport

Mars 2025

5 indicateurs communs aux ESMS

2025



- Couverture vaccinale contre la grippe des professionnels > 70 %
- Friction des mains avec un produit hydro-alcoolique déclarée par les professionnels avoir touché le patient en ESMS > 90%
- Fréquence moyenne de frictions des mains avec un produit hydro-alcoolique par les professionnels de santé, observées par les patients avant un acte de soin, pour 100 situations > 90%
- Proportion de patients/résidents déclarant avoir reçu une information concernant l'hygiène des mains > 80%
- Consommation globale en nombre de doses définies journalières (DDJ) de tous les antibiotiques (classe OMS ATC J01) pour 1 000 habitants et par jour Réduction d'au moins 10 % entre 2019 et 2025, au national et dans toutes les régions



Les 5 missions nationales de surveillance et prévention




Répias
Réseau de Prévention des Infections
Associées aux Soins

Réseau piloté par
 **Santé
publique
France**



LE RÉPIAS, RÉSEAU NATIONAL DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DÉCLINE SES ACTIONS SELON 5 AXES.

CHAQUE AXE EST MIS EN ŒUVRE PAR UNE MISSION NATIONALE PILOTÉE PAR SANTÉ PUBLIQUE FRANCE.

RéPIas
PRIMO

PRIMO : INFECTIONS ET ANTIBIORÉSISTANCE EN SOINS DE VILLE ET SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

- Surveillance et prévention de l'antibiorésistance.
- Appui aux professionnels de santé pour le bon usage des antibiotiques.
- Outils de prévention des infections et de gestion des épidémies en EHPAD ou en cabinet de ville mis à disposition des professionnels de santé.
- Publication de résultats nationaux.

RéPIas
SPARES

SPARES : ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

- Surveillance de la consommation des antibiotiques et de la fréquence des infections à bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.
- Outils de prévention de la transmission des bactéries résistantes.
- Diaporamas, infographies et chiffres clés de l'antibiorésistance.

RéPIas
SPICMI

SPICMI : RISQUE INFECTIEUX EN CHIRURGIE ET MÉDECINE INTERVENTIONNELLE

- Surveillance des infections et évaluation des pratiques (audits).
- Publication de résultats nationaux.
- Accompagnement des structures.
- Supports pédagogiques pour le rappel des bonnes pratiques.

RéPIas
SPIADI

SPIADI : INFECTIONS LIÉES À UN DISPOSITIF INVASIF

- Pour diminuer l'incidence des infections liées à un cathéter dans tout lieu de soin (ville, hôpital, domicile).
- Outils pédagogiques.
- Surveillances nationales des infections.
- Outils d'observation des pratiques (pose des cathéters et manipulations de lignes).

RéPIas
MATIS

MATIS : DOCUMENTATION, ÉVALUATION, FORMATION, COMMUNICATION

- Partage d'informations.
- Outils de formation, d'évaluation et de communication pour prévenir les infections lors des soins.

	 PRIMO	PRIMO		 SPARES
Données	ATB Ville	EHPAD sans PUI	Résistance	ATB hôpital + EHPAD avec PUI
Outils	Data visualisation V1	Data visualisation	Medqualville	Consores
accès	Libre	Libre	Libre	Inscription nécessaire (accès EMA)
Années disponibles	2009-2023	2015-2022	2016-2025	2024
Evolution connues	Data visualisation V2 : Prévision pour février 2026 Données 2024 disponible Nouveau filtre : par EMA	/	/	/
Rapports disponibles	Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2014-2024		Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en soins de ville et en établissements pour personnes âgées dépendantes. Mission PRIMO. Principaux résultats 2024 (MAJ 18/11/25)	Surveillance de la consommation d'antibiotiques et des résistances bactériennes en établissement de santé. Mission SPARES. Principaux résultats 2024 (MAJ 17/11/25)
Rapports disponibles Occitanie			Rapport PRIMO	Rapport SPARES

Filtres :

Ville EHPAD **HANDICAP** Info

1 - Choisir une année :

2024

2 - Choisir France entière ou une région :

Occitanie

3 - Choisir par secteur ou par thème :

Secteur

Thème

Occitanie

Année 2024 - Secteur HANDICAP - Synthèse



Prévention et contrôle des infections

Consommation de produits hydro-alcooliques

1.26 frictions hydro-alcooliques/résident/jour

France entière : **1.27 frictions hydro-alcooliques/résident/jour**

Objectif : **≥ 4 frictions hydro-alcooliques/résident/jour**



2. *Escherichia coli* : Résistance aux antibiotiques

Pourcentage de souches de *Escherichia coli* productrices de BLSE dans les prélèvements urinaires selon le type d'hébergement.
Mission PRIMO, Région Occitanie, Résultats 2024.

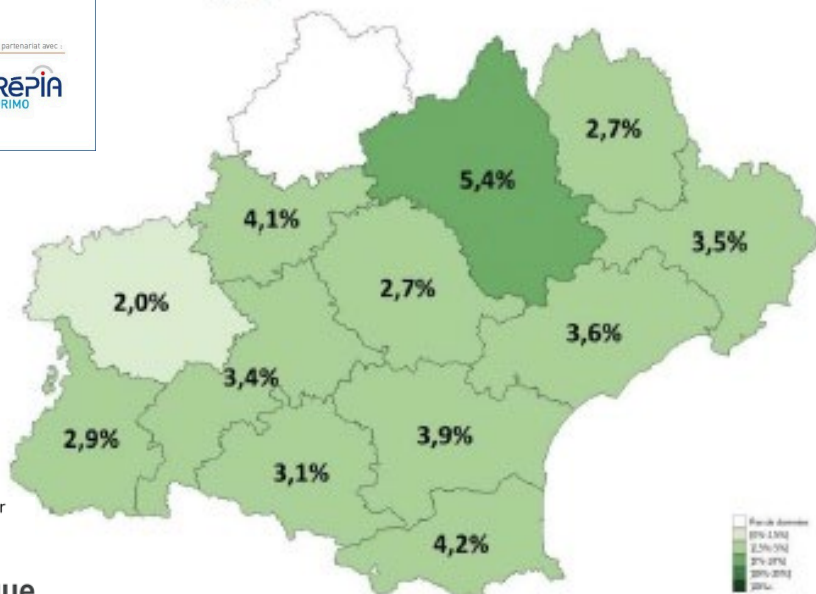
<i>Escherichia coli</i> Urinaires	Patients vivant à domicile ¹		Patients vivant en Ehpad ^{1,2}	
	n	BLSE (n,%)	n	BLSE (n,%)
Occitanie	81213	2883 (3,5%)	3973	392 (9,9%)
Ariège	2960	91 (3,1%)	133	11 (8,3%)
Aude	6510	256 (3,9%)	268	28 (10,4%)
Aveyron	56	3 (5,4%)	41	0*
Gard	16707	581 (3,5%)	654	70 (10,7%)
Gers	1851	37 (2%)	109	14 (12,8%)
Haute-Garonne	9758	334 (3,4%)	386	70 (18,1%)
Hauts-Pyrénées	3076	90 (2,9%)	262	22 (8,4%)
Hérault	20766	752 (3,6%)	994	106 (10,7%)
Lot	8	0*	25	0*
Lozère	1430	39 (2,7%)	226	11 (4,9%)
Pyrénées-Orientales	13298	561 (4,2%)	579	48 (8,3%)
Tarn	4176	114 (2,7%)	245	8 (3,3%)
Tarn-et-Garonne	611	25 (4,1%)	51	4 (7,8%)

¹ Données issues de la mission PRIMO

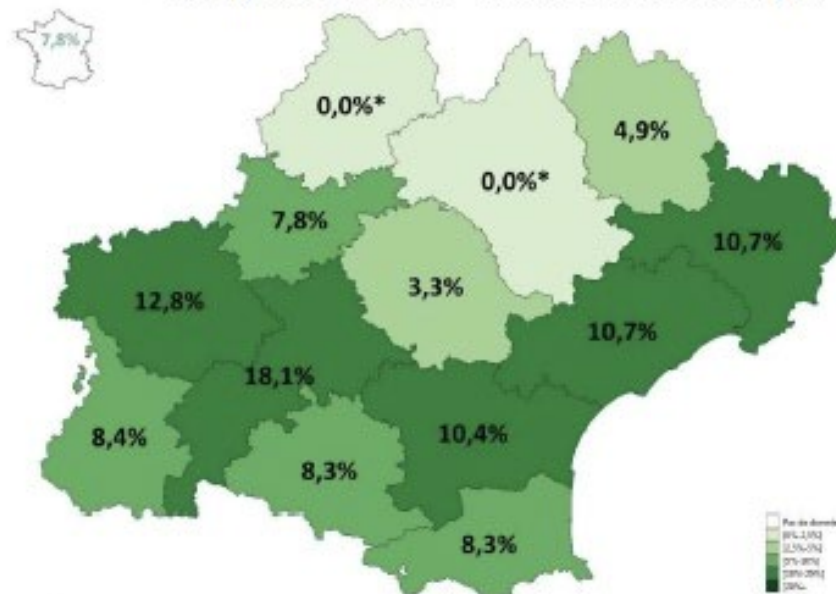
² Données issues de la mission SPARES

* Nombre de souches < 50

Cartographie % BLSE – Patients vivant à domicile



Cartographie % BLSE – Patients vivant en Ehpad



Santé
publique
France

NOVEMBRE 2025

ANTIBIORÉSISTANCE

DONNÉES DE SURVEILLANCE

**SURVEILLANCE DE LA RÉSISTANCE
BACTÉRIENNE AUX ANTIBIOTIQUES EN
SOINS DE VILLE ET EN ÉTABLISSEMENTS
D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES
ÂGÉES DÉPENDANTES**

Mission PRIMO. Principaux résultats 2024

En partenariat avec :

RÉPIA
PRIMO

3. *Klebsiella pneumoniae* : Résistance aux antibiotiques

Pourcentage de souches de *Klebsiella pneumoniae* productrices de BLSE dans les prélèvements urinaires selon le type d'hébergement.
Mission PRIMO, Région Occitanie, Résultats 2024.

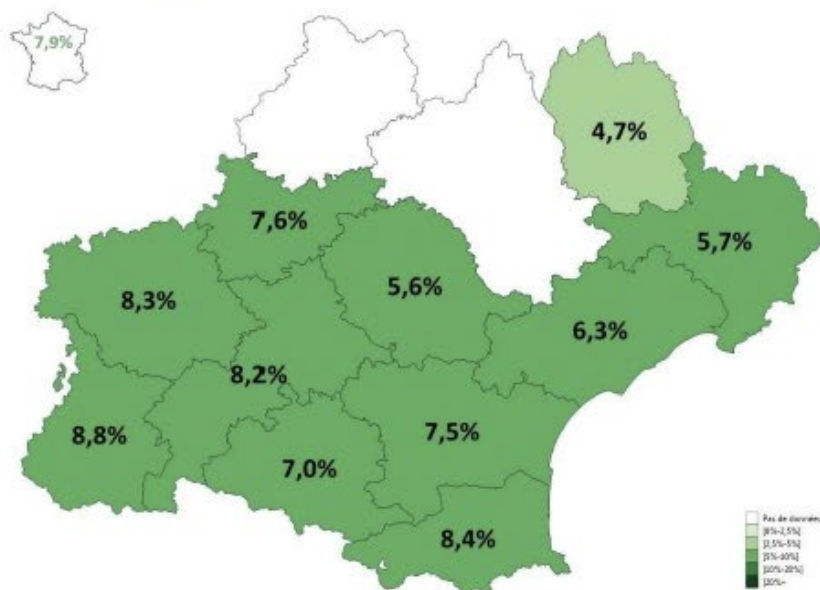
<i>K. pneumoniae</i> Urinaires	Patients vivant à domicile ¹		Patients vivant en Ehpad ^{2,3}	
	n	BLSE (n,%)	n	BLSE (n,%)
Occitanie	11211	778 (6,9%)	729	152 (20,9%)
Ariège	301	21 (7%)	21	8 (38,1%)*
Aude	869	65 (7,5%)	34	6 (17,6%)*
Aveyron	6	0*	9	5*
Gard	2409	137 (5,7%)	106	19 (17,9%)
Gers	204	17 (8,3%)	20	2 (10%)*
Haute-Garonne	1173	96 (8,2%)	100	28 (28%)
Hauts-Pyrénées	297	26 (8,8%)	64	11 (17,2%)
Hérault	3057	193 (6,3%)	186	23 (12,4%)
Lot	0	0*	3	1*
Lozère	191	9 (4,7%)	33	3 (9,1%)*
Pyrénées-Orientales	2225	186 (8,4%)	115	36 (31,3%)*
Tarn	413	23 (5,6%)	34	10 (29,4%)*
Tarn-et-Garonne	66	5 (7,6%)	4	0*

¹ Données issues de la mission PRIMO

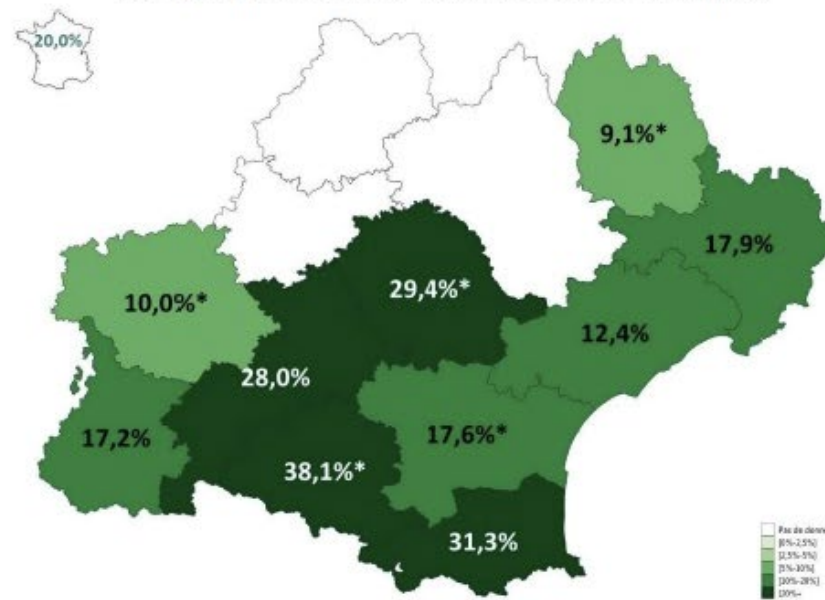
² Données issues de la mission SP-ARES

* Nombre de souches < 50

Cartographie % BLSE – Patients vivant à domicile



Cartographie % BLSE – Patients vivant en Ehpad



Organisation de la prévention de l'antibiorésistance au niveau régional – territorial

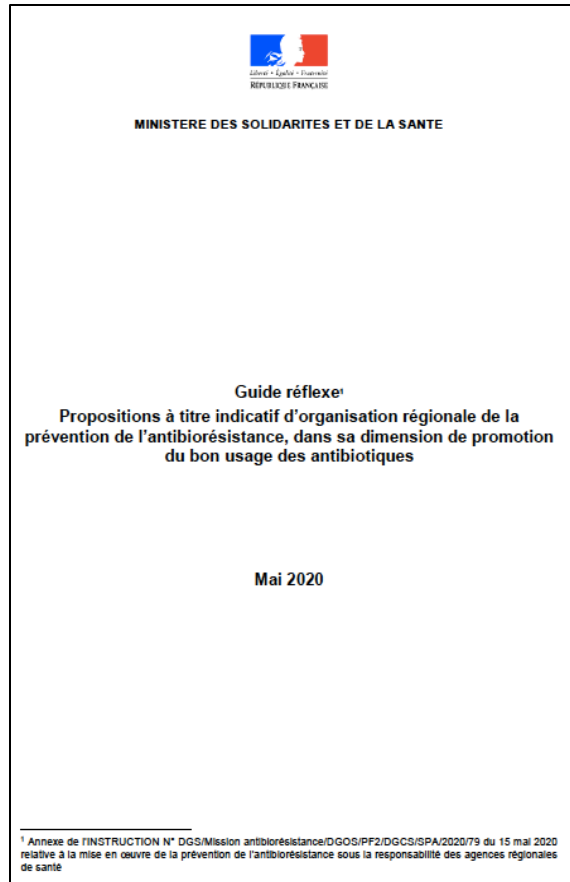
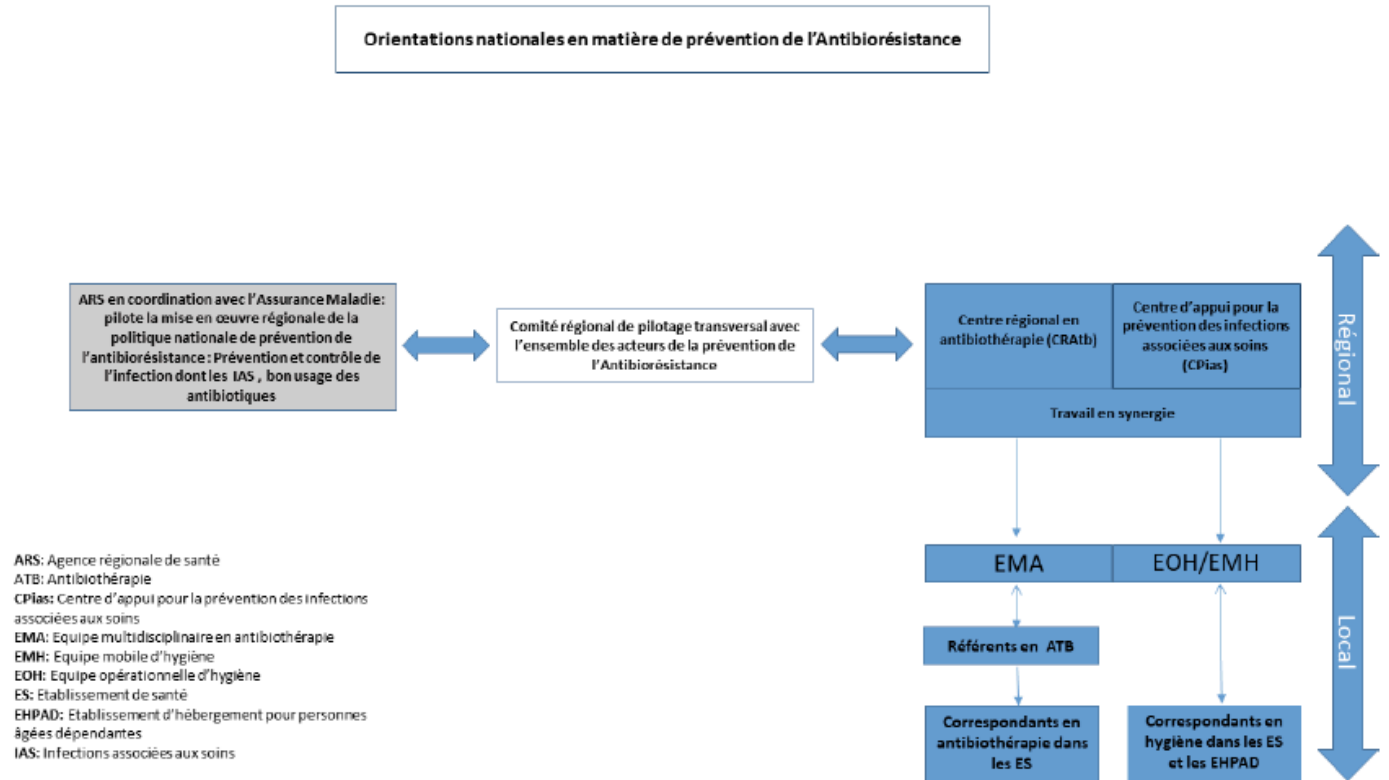
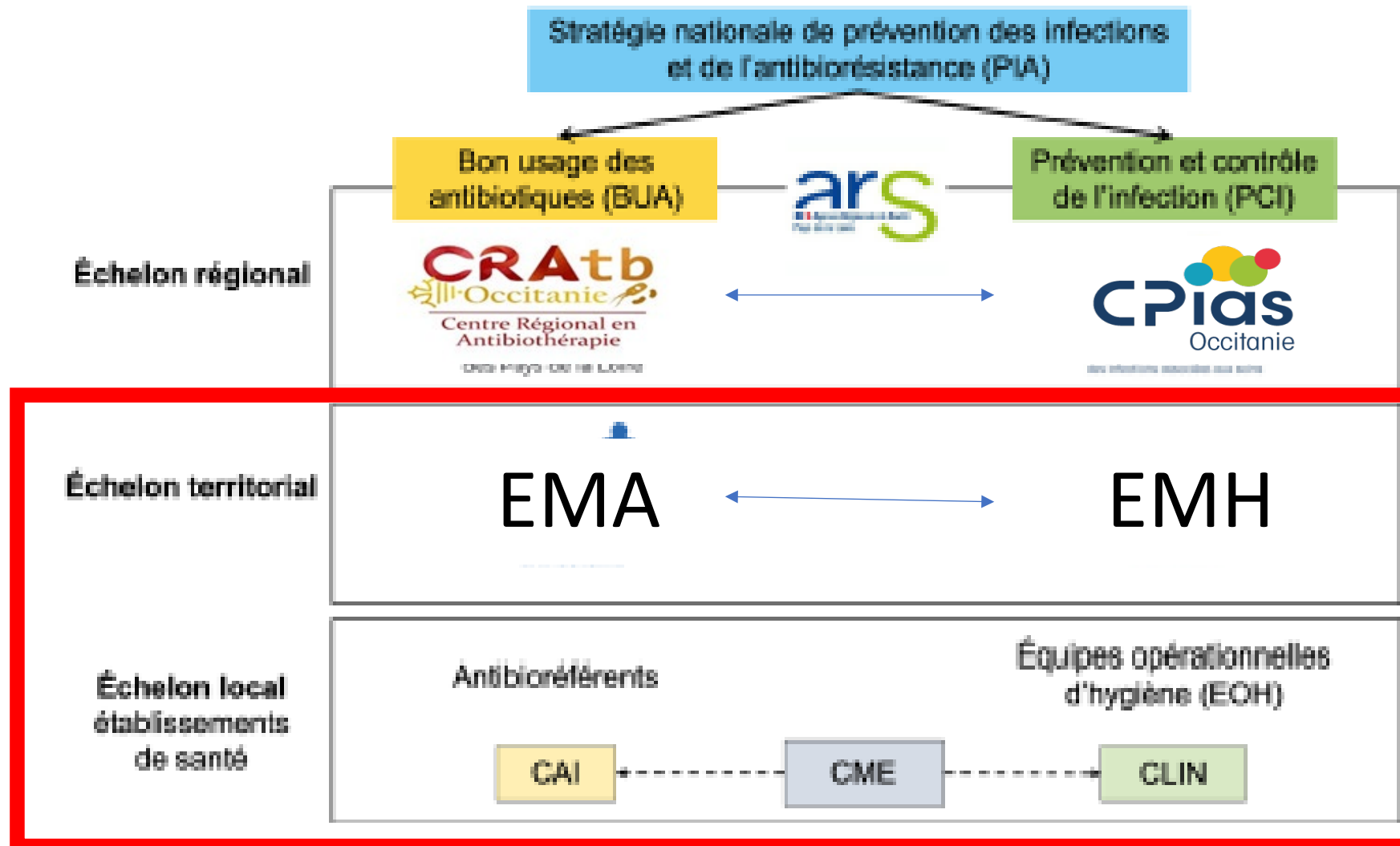


Schéma de l'organisation régionale et locale en matière de prévention de l'antibiorésistance



Organisation de la prévention de l'antibiorésistance au niveau régional – territorial



Adapté de EMA 72

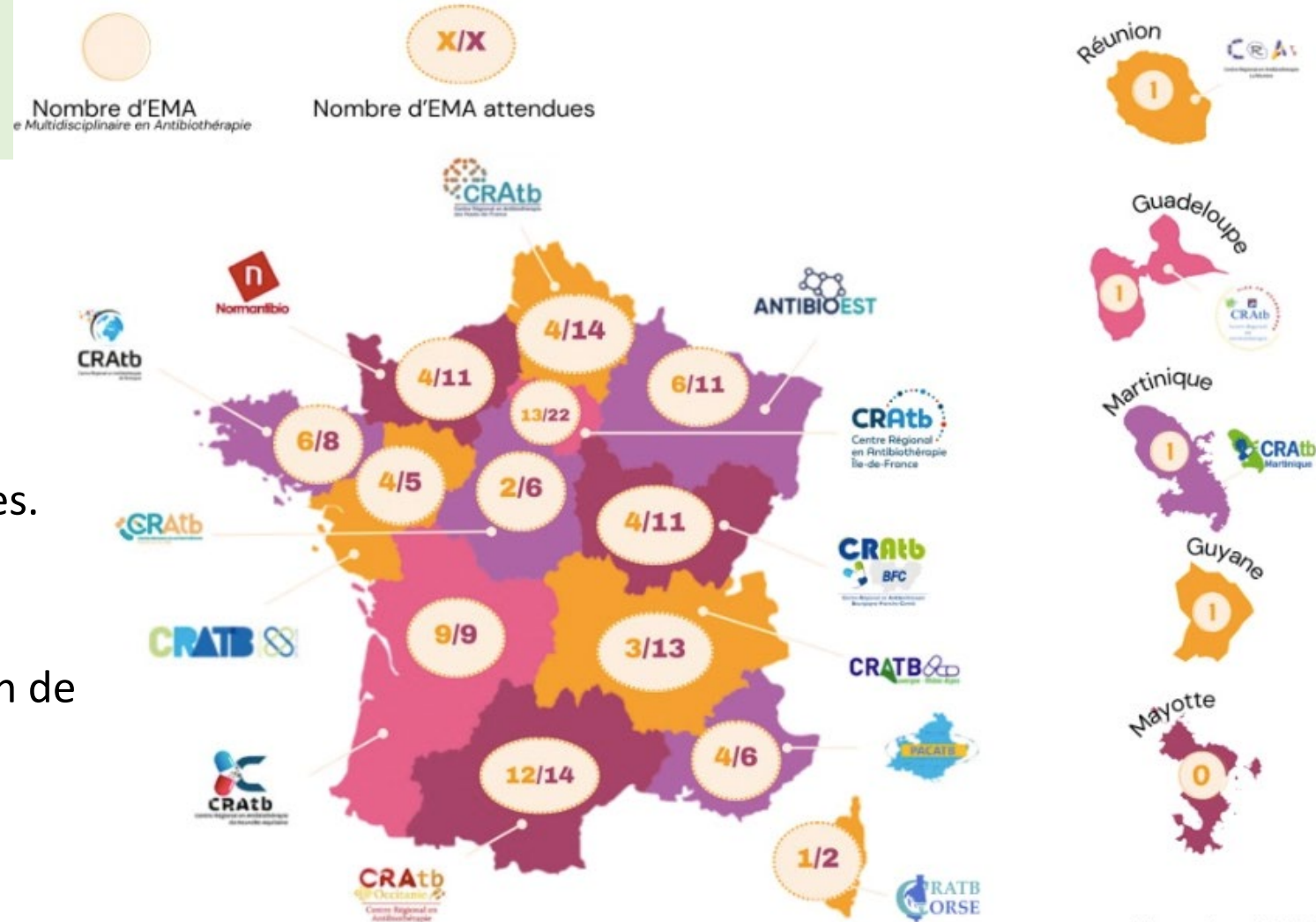


Programme de bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé
pour les antibiotiques



12 EMAs financées sur l'Occitanie

- 1 par GHT
- disparités de territoire
- Composition : Infectiologue, Médecin Généralistes, IDE, Pharmaciens, biologistes.
- Rôles principaux :
 - BUA : Formation : webinaires, déplacements en structures, diffusion de supports
 - Expertise : avis infectiologiques par téléexpertise



Territoire : 18 CRATb, 70 EMA

Novembre 2025

R-CRATb Novembre 2025

Définition du bon usage des antibiotiques ?

Le Bon Usage des Antibiotiques (BUA) est l'ensemble des stratégies et mesures visant à garantir une utilisation appropriée des antibiotiques, permettant de maximiser les bénéfices individuels pour le patient et de minimiser les risques individuels et collectifs dans une perspective « Une seule santé ».

Le bon usage se décline en deux dimensions intriquées :

- une dimension clinique, individuelle => bien prendre en charge un patient
- une dimension stratégique, collective => faire en sorte que tout prescripteur fasse du bon usage

Encadré par :

Code de santé publique qui définit rôle CME/RA

Instruction DGS et fiche réflexe 4 du guide réflexe mise en place programme BUA. Mai 20

HAS : BUA objectif impératif de la nouvelle certification HAS 2025

Critères Certification HAS janvier 2025

Critère 2.4-02 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Le respect des recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie par les équipes est indispensable pour lutter contre l'antibiorésistance, cause de complications graves, de prolongations d'hospitalisation et même de décès. La lutte contre l'antibiorésistance passe notamment par la justification des prescriptions de traitement antibiotique et la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure. Plus globalement, la lutte contre l'antibiorésistance s'appuie sur des éléments-clés (politique, formations des personnes ressources, ...) intégrant le suivi d'indicateurs tels que le pourcentage d'antibiotiques prescrits en conformité avec les directives cliniques, la proportion d'infections causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques dans la population et la mise en place d'actions d'amélioration.

Tout l'établissement **Impératif**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation).
- Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.
- Toute prescription d'un traitement antibiotique et/ou sa prolongation est justifiée dans le dossier.
- Les praticiens se réfèrent à un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie.
- Les prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure.
- L'EOH, les équipes, le référent en antibiothérapie, la PUI et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant, surveillent leur consommation d'antibiotiques et les résistances aux antibiotiques.

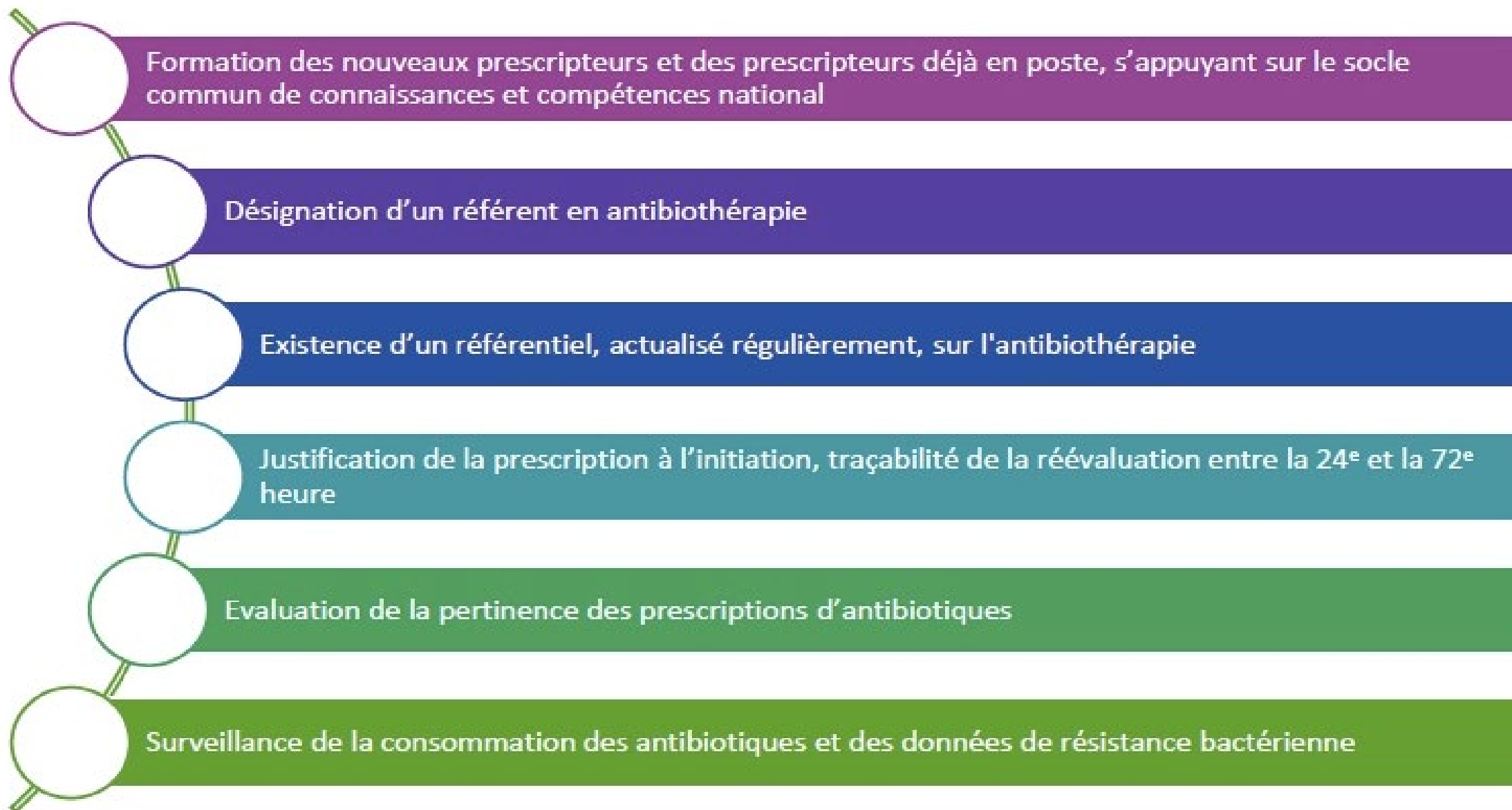
Traceur ciblé

🔗 Pour vous accompagner

Fiche pédagogique	Médicament
Indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)	Taux de patients ayant une prescription d'antibiothérapie de 7 jours ou moins pour infection respiratoire basse

Nouveau référentiel certification publié en janvier 2025 a classé la lutte contre l'antibiorésistance en nouveau critère IMPERATIF

Le bon usage des antibiotiques repose sur les éléments-clés suivants :



Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Thématique : Accompagnement à la santé

OBJECTIF 3.7 – L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

CRITÈRE 3.7.1 – L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux et s'assure de sa mise en œuvre.

Niveau d'exigence : **Standard** / Impératif

Champ d'application : **Tous ESSMS** / Social / Médico-social
Toutes structures / Établissement / Service
Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ



Références

HAS – Spécifiques

- RBPP Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPÁ), Chapitres 3.1.3 et 3.2.3, 2019.
- RBPP La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), Chapitre 3, 2017.

Références légales et réglementaires

- Article L311-8 du CASF.
- Article D312-160 du CASF.
- Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018.

Autres références

- Démarche d'analyse et de maîtrise du risque infectieux (DAMRI), CPIAS
- Fiches pratiques de la maîtrise du risque infectieux en établissement médicosocial, CPIAS, 2022.

Éléments d'évaluation

Entretien avec l'ESSMS

- L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux.
- L'ESSMS communique sur les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux.
- L'ESSMS évalue régulièrement le respect des règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux.
- L'ESSMS actualise sa stratégie autant que nécessaire.

Consultation documentaire

- Tous documents décrivant la stratégie de l'ESSMS en matière de prévention et de maîtrise du risque infectieux. Exemples : projet d'établissement/de service, description de l'organisation, des rôles et responsabilités.
- Tous éléments de communication sur les règles d'hygiène et de prévention (procédures/protocoles, conduite à tenir, plaquettes, affichage) dans chaque domaine concerné (hygiène des locaux, hygiène des mains, décontamination, linge, DASRI...).
- Système d'évaluation des pratiques, résultats et actions d'amélioration.
- Dates des dernières révisions de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

Plan



1. Etat des lieux consommation - résistance
2. L'organisation de la prévention de l'antibiorésistance
3. BUA (bon usage des antibiotiques) et Handicap
4. Quelles recommandations pour un bon usage des ATB en secteur du handicap

Recommandation du bon usage des antibiotiques pour les établissements du handicap

Mieux prévenir, Mieux prescrire, Mieux informer

Mieux prévenir les infections

- Meilleure hygiène, mesures « barrières » => moins d'infections => moins d'antibiotiques
 - Port du masque si symptômes respiratoire
 - Lavage des mains
- Ablation du matériel

La sonde vésicale c'est pratique
mais pas automatique



La prescription d'une sonde vésicale est un acte médical

Pensez à retirer toute sonde vésicale qui n'est pas nécessaire

PREVENTION DE LA TRANSMISSION

Les points clés

Application des **PRECAUTIONS STANDARD** pour tout **PROFESSIONNEL** en tout lieu
et
pour tous les **PATIENTS** et tous les **SOINS** :



Hygiène des mains



Port du masque



Chambre seule
si symptômes respiratoires



Information au patient
et à son entourage



Précautions complémentaires
adaptées au mode de
transmission

STOP à la transmission croisée



Systématiquement une hygiène des mains, tu réaliseras
Toujours en cas de signes respiratoires, ton masque tu mettras
Obligatoirement les précautions complémentaires nécessaires, tu appliqueras
Prioritairement aux patients contagieux, une chambre seule, tu donneras

Précautions standard **APPLIQUÉES** = transmission croisée **MAITRISÉE** !

Message
clé!

Pour aller plus loin ...

Bug. Control gestion
du risque infectieux
- CPIas NA

Prévention transmission virus
respiratoires en cabinet libéral
- CPIas ARA

Indication hygiène
des mains
- OMS

Affiche maladies respiratoires
Restons vigilants
- CPIas Occitanie

Aide mémoire Précautions
complémentaires en ESMS
- CPIas Occitanie



CLOSTRIDIODES DIFFICILE

pas si difficile !



Y penser ?

La clinique



Les indices

- Diarrhée persistantes et/ou après antibiothérapie
- Antibiothérapie en cours ou récente
- Précédent épisode (dans les 2 mois)
- Hospitalisation récente



Au labo



Le diagnostic sur selles liquides

- Recherche spécifique de *C. difficile* toxigène

Se faire aider !

Formes sévères ou récidives ?

→ Demander un **avis infectiologue**

L'avis spécialisé



Informations à transmettre au spécialiste

- ✓ Situation clinique (gravité, 1^{er} épisode ou récurrence)
- ✓ Résultats microbiologiques
- ✓ Traitement en cours
- ✓ Facteurs de risque du patient

Clostridioides : c'est du « spore » !

L'hygiène



Précautions complémentaires contact renforcées

- Lavage des mains au savon puis friction au SHA
- Entretien des locaux avec un sporicide (ex Javel)
- Hospitalisation en chambre seule

Les traitements

Revoir tous les traitements du patient

→ Supprimer les traitements favorisant
→ IPP, antibiotiques ...

Traitement de l'infection

→ 1^{re} intention : Vancomycine PO ou Fidaxomicine
→ Prescription et dispensation hospitalière

~~Métronidazole~~

Penser à la télé-expertise

La guérison

Pas de diarrhée pendant 48/72 h = c'est gagné !
→ Pas de prélèvement de contrôle (guérison clinique)

Pour aller plus loin ...



Ville

[Fiche PRIMO](#)



ESMS

[Fiche PLE](#)



ETS

[Fiche CPias IDF](#)



⚡ 5 min

[Quiz en ligne](#)

🕒 60 min

[Webinaire](#)



Message clé !

Y penser, isoler, traiter ... et pas besoin de reprélever !

Mieux prévenir les infections

- Meilleure hygiène, mesures « barrières » => moins d'infections => moins d'antibiotiques
 - Port du masque si symptômes respiratoire
 - Lavage des mains
- Vaccination
 - Incitation vis à vis du personnel
 - Meilleure couverture vaccinale/grippe
 - => moins de surinfections => moins d'antibiotiques
 - => moins de cas d'infections virales (ou infections de moindre gravité) => moins d'antibiothérapie « de sécurité » (doute diagnostique).
 - Meilleure couverture vaccinale anti-pneumococcique (notamment chez les sujets fragiles) => moins d'infection à pneumocoque ou infections de moindre gravité => moins de recours aux antibiotiques (ou recours pour des formes moins graves)
 - Tracer dans le DMP

Couvertures vaccinales contre la grippe et la Covid-19 des résidents et des professionnels en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Résultats clés

Couvertures vaccinales des résidents et professionnels en ESMS pour la saison 2024-2025

Source : [Études de couverture vaccinale contre la grippe et la Covid-19 des résidents et des professionnels salariés des établissements sociaux et médico-sociaux, saison 2024-2025](#), Santé publique France

Pour la saison 2024-2025, 35,5% des Ehpad ont participé à l'enquête. La couverture vaccinale contre la grippe des résidents en ESMS sont élevées mais en baisse par rapport aux saisons précédentes. Chez les professionnels, les couvertures vaccinales demeurent faibles et en baisse.

Les couvertures vaccinales contre la Covid-19 sont en baisse chez les résidents, et excessivement faibles chez les professionnels.

Étaient vaccinés contre la grippe

82,7 % [82,2 – 83,3] des résidents en Ehpad¹

63,0 % [55,3 – 70,7] des résidents en Ehpa² (hors Ehpad)

68,3 % [65,5 – 71,1] des résidents en EHPH³

21,0 % [20,4 – 21,7] des professionnels exerçant en Ehpad

17,0 % [12,9 – 21,1] des professionnels exerçant en Ehpa (hors Ehpad)

13,0 % [12,1 – 13,9] des professionnels exerçant en EHPH



Vaccination adultes

Les points clés



Etes-vous
un professionnel de
santé bien vacciné ?



Elargissement des compétences vaccinales
(pharmaciens et IDE).
Ils peuvent prescrire et administrer certains vaccins

NEW! Nouvelles recommandations
vaccinales à appliquer

Femmes enceintes

4 VACCINATIONS

Dès le 1^{er} Trimestre

GRIPPE **COVID**

Au 2^{ème} Trimestre

COQUELUCHE

dTcaP
entre 20^{ème}
et
36^{ème} SA

VRS

> 15j
de délais
post dTcaP

de septembre à janvier
entre 32^{ème}
et
36^{ème} SA

Avant 65 ans

4 VACCINATIONS

D-T-POLIO-COQUELUCHE
(dTcaP)

25
ans

45
ans

65
ans

Rattrapages

ROR

adultes nés après 1980

**MENINGO
ACWY ET B**
jusqu'à 24 ans

Pour les
jeunes adultes

HPV
jusqu'à 19 ans
(26 ans pour HSH)

Dès 65 ans

6 VACCINATIONS

Tous les 10 ans : 65 - 75 - 85 - 95 ans

D-T-POLIO-COQUELUCHE
(dTcaP)

Tous les ans

GRIPPE

COVID

2 fois/an > 80ans

Une fois pour la vie

ZONA

NEW!
vaccin
recombinant

PNEUMO

20 valences ou +
en dose unique

VRS

> 75 ans
> 65 ans si comorbidités
Rappel en cours d'évaluation
Disponible uniquement à l'hôpital
remboursement en attente en ville

Message
clé!

Pour TOUS vos patients, mise à jour du calendrier vaccinal sans oublier la traçabilité !
Une vaccination réalisée, c'est peut-être une antibiothérapie épargnée !

Mon espace
santé!

Pour aller
plus loin ...

Nouvelles
compétences
vaccinales

Flash info vaccination
professionnels
et vidéo capsule patients

Flyers patients
Omedit Occitanie

Documents sur la vaccination
Institut Bouisson Bertrand

Actualités vaccination en
Occitanie - Vaccitanie

Vaccination
Info Service

TOUS ENSEMBLE, AGISSONS POUR LA VACCINATION DES PATIENTS

Maj Février 2025

Vaccination Grippe

Public cible

Recommandations générales



65 ans et +

Jeunes de 2 à 17 ans
(avis HAS du 09/03/23)



Recommandations particulières



Femmes enceintes, patients hospitalisés en Soins de suite et ESMS, maladies chroniques, immunodéprimés, ...

Professionnels



- Tous les professionnels de santé
- Contact régulier et prolongé avec personnes à risque,
- Exposés aux virus influenza porcins et aviaires
- Navigants (bateaux de croisière et avions) et de l'industrie des voyages

Impact sanitaire

Saison 2023/2024

1,5 millions de consultations pour syndrome grippal

73 000 passages aux urgences

14 000 hospitalisations

1 862 décès : 88% ont + de 65 ans



Complications de la grippe

Surinfection bactérienne (pneumonie),
Décompensation pathologies chroniques
(diabète, asthme, maladie cardiaque,
insuffisance rénale ...)



Risque de
**COMPLICATIONS
GRAVES
voire de DÉCÈS !**

Couverture vaccinale



Population à risque : 47,1 %
(2023/2024 SPF)



Personne 65 ans et + : 54 %
(2023/2024 SPF)

Professionnels de santé en :



ES* : 19 % (2022/2023 HAS)



EHPAD : 24,7 % (2023/2024 SPF)



EHPH** : 13,5 % (2023/2024 SPF)

ES* : Dotation de santé - EHPH** : Dotation hébergée personnes du handicap

très insuffisante



Gestes barrières



Hygiène des mains



Aération fréquente
des pièces



Nettoyage régulier
des surfaces



Port du masque à usage unique :

syndrome grippal, contact personnes fragiles pendant la période de circulation du virus et épidémie en structure de soins

Prévention

Vaccination

Vaccins antigrippaux disponibles :

vaccins tétravalents en 2024/25, vaccins trivalents en 2025/26

Eflueda, haute dose, pour les plus de 65 ans (en cours)

**Vaccination concomitante Grippe + COVID fortement recommandée
(pour le public cible)**

De 6 mois à 8 ans révolus, si 1ère vaccination contre la grippe, administrer une 2ème dose
(intervalle d'au moins 4 semaines)

Une infection évitée, c'est souvent une antibiothérapie épargnée !



Capsule
vidéo patient



Les 3 Videocapsules d'information patients

Pneumocoque

La grippe

Le zona

affiches avec flash code permettant accéder à la vidéo est proposée.



L'affiche Pneumocoque (accès vidéo grand public).



L'affiche Grippe (accès vidéo grand public)



L'affiche zona (accès vidéo grand public)

Soins d'hygiène buccale

Renforcer l'accès pour tous
à une prise en charge adaptée
à leurs besoins de santé sur
l'ensemble des territoires

coactis⁺
santé

Occitanie
SANTÉ 2023
2028

Webinaires pour continuer à s'informer et se former

6 Webinaires disponibles en replay gratuitement :

- ★ **La santé bucco-dentaire** : Comment accueillir un patient en situation de handicap ?
- ★ **Le suivi gynécologique** des femmes en situation de handicap
- ★ **Handicap et anxiété** : comment réaliser un programme **d'habitation aux soins** ?
- ★ Comment mieux accueillir les patients **sourds et malentendants** ?
- ★ Handicap et **dénutrition** : prévenir, dépister et agir
- ★ Handicaps et **Cancers** : dépistage et traitements



19 septembre 2024
13h-14h

Comment accueillir un patient sourd ou malentendant ?

- Dr. Jean-Benoît Maignan
- Mme Sylvie Kall
- Mme Bénédicte Aubry

Comment accueillir un patient sourd ou malentendant ?

19 septembre 2024

4 avril 2024

Handicap et anxiété : comment réaliser un programme d'habituat... ?

- Mme Alice Pichot-Legy

Handicap et anxiété : comment réaliser un programme d'habituat... ?

4 avril 2024

8 février 2024

Suivi gynécologique des femmes en situation de handicap

- Dr. Christine Perrier
- Dr. Nicolas Brault

Suivi gynécologique des femmes en situation de handicap

8 février 2024

14 novembre 2023

Soins bucco-dentaires : Comment accueillir un patient en situation de handicap ?

- Mme Agnès
- Dr. Christine Galassio

La santé bucco dentaire : Comment accueillir un patient en situation de handicap ?

14 novembre 2023

HandiConnect.fr est un projet collaboratif et d'intérêt général. En acceptant les cookies de mesure d'audience, vous contribuez à le faire grandir. Aucune donnée personnelle n'est utilisée à des fins commerciales. Un grand merci ! L'équipe HandiConnect.fr

Tout accepter

Personnaliser

LE KIT RESSOURCES
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Santé orale et soins bucco-dentaires



Pour accompagner les personnes
en situation de handicap et les personnes
avec un faible niveau de littératie en santé

coactis⁺
santé

Pour une version
numérique de ce kit,
scannez ce QR code



WEBINAIRE



28 MAI



14H30-16H

"ET SI ON PARLAIT D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL ?"

1

Rencontre avec l'expert

Le Dr Marie Hélène LACOSTE, chirurgien-dentiste partagera son expertise sur les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire

2

Questions réponses

Cette session vous permettra d'échanger avec notre experte

3

Avez-vous des questions ?

Posez les avant le webinaire au plus tard le 14 mai !

[POSEZ VOS QUESTIONS](#)

[S'inscrire](#)



CPias
Occitanie

Centre d'appui pour la prévention
des infections associées aux soins



PAPRICA

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT POUR LA PRÉVENTION
DES INFECTIONS ET LE CONTRÔLE DE L'ANTIBIORESISTANCE



Etablissements d'hébergement pour
personnes âgées dépendantes (Ehpad)



Structures pour personne
en situation de handicap

Mieux prescrire les antibiotiques

- 1- Respecter les situations pour lesquelles il n'est pas recommandé de prescrire des antibiotiques, notamment en cas d'infections présumées virales.
- 2- Prescrire l'antibiotique le plus adapté (en privilégiant les antibiotiques à spectre étroit)
- 3- Prescrire les posologies et les durées de traitement appropriées
- 4- Réévaluer les prescriptions => rôle des IDE / Paramédicaux

Une antibiothérapie n'est pas toujours nécessaire

- Toutes les fièvres ne sont pas infectieuses
- Toutes les infections ne sont pas bactériennes
 - bronchite aiguë
 - rhinosinusite aiguë de l'adulte et de l'enfant
 - gastroentérite aiguë
 - angine avec TDR négatif
- La présence de bactérie n'est pas synonyme d'infection
 - bactériurie asymptomatique
 - présence de bactéries dans un prélèvement cutané

**Ces situations ne relèvent pas d'une antibiothérapie
L'antibiothérapie est délétère sur l'écologie individuelle et collective**

La clinique c'est très chic



L'examen clinique doit toujours primer sur la prescription d'examen complémentaire



Infection virale : comment vous soigner ?

LES ANTIBIOTIQUES
bien se soigner, c'est d'abord bien les utiliser






DATE : / /

NOM DU PATIENT :

CACHET MÉDECIN

Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques. Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input type="checkbox"/>	 RHINOPHARYNGITE (RHUME) • Toujours virale.	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 GRIPPE • Infection virale.	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
<input type="checkbox"/>	 ANGINE VIRALE • Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
<input type="checkbox"/>	 BRONCHITE AIGUË • Quasiement toujours virale. • Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 OTITE AIGUË • Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

i Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconseiller votre médecin.

Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

i Ce document est adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

Une antibiothérapie n'est pas toujours nécessaire

- Toutes les fièvres ne sont pas infectieuses
- Toutes les infections ne sont pas bactériennes
 - bronchite aiguë
 - rhinosinusite aiguë de l'adulte et de l'enfant
 - gastroentérite aiguë
 - angine avec TDR négatif
- La présence de bactérie n'est pas synonyme d'infection
 - bactériurie asymptomatique
 - présence de bactéries dans un prélèvement cutané

**Ces situations ne relèvent pas d'une antibiothérapie
L'antibiothérapie est délétère sur l'écologie individuelle et collective**



A RETENIR

Aucun prélèvement de plaie nécessaire en EHPAD.

Pas de prélèvement de plaie sans existence de signes cliniques évocateurs d'infection.

Plaies aiguës à diagnostic clinique => pas de prélèvement.

Plaies chroniques ou suspicions d'infections fongiques => prise en charge (multidisciplinaire) dans des structures hospitalières spécialisées. S'appuyer sur des protocoles de prélèvement conçus conjointement par les cliniciens et les biologistes.

Plaies sur site opératoire => aucun prélèvement, adresser rapidement le résident au chirurgien

Plaies profondes => prélèvements profonds.

Avant tout prélèvement, réaliser un débridement.

Interprétation des analyses bactériologiques rarement simple (prise en charge pluri-disciplinaire)

Guide Prélèvements microbiologiques en EHPAD



Who is the Winner?

Ecouvillon,
Sur une lésion,
A quoi bon ?



**“Ses urines sentent mauvais,
je prescris un ECBU ?”**



Les urines malodorantes (et/ou troubles) isolées ne justifient pas de prescrire un ECBU

26^{es} JNi 2025
TOURS

et la région Centre - Val de Loire VINCI



Journées Nationales d'infectiologie

du mercredi 11 juin 2025 au vendredi 13 juin 2025

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Jeudi 12 juin 2025

IUMACA

Infections Urinaires Masculines Aiguës Communautaires de l'Adulte Mise à jour des recommandations



12/06/2025

Matthieu Lafaurie

SMIT Saint-Louis/Lariboisière

Groupe de recommandations de la SPILF

Hôpitaux Universitaires
SAINT-LOUIS
LARIBOISIÈRE
FERNAND-WIDAL



Infections Urinaires

Les points clés

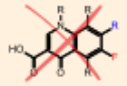


STOP aux fausses bonnes idées !



Patient asymptomatique ?
PAS de prélèvement, PAS d'antibiotique

Urines troubles ou qui "puent" ?
PAS de BU, PAS d'ECBU



Dans la cystite, des quinolones en proba ?
Surtout PAS !

→ PAS d'ECBU de contrôle après traitement



Good news !



Egalité des genres :

→ Cystite et Pyélonéphrite chez l'homme !

La réévaluation du traitement ? C'est obligatoire !

→ Dès réception de l'antibiogramme, adaptation du traitement



Traitements plus courts

→ On se met à la page des nouvelles recos !

♀	Probabiliste	Antibiothérapie adaptée / différée
Cystite simple	Fosfomycine : monodose Pivmécillinam : 3 j	
Cystite à risque de complications	Nitrofurantoïne (sauf si DFG <40ml/min) Fosfomycine : J1-J3-J7	1er - Amoxicilline : 7 j 2ème - Pivmécillinam : 7 j 3ème - Nitrofurantoïne : 7 j 4ème - Fosfomycine : J1-J3-J7 5ème - Triméthoprim : 5 j
Pyélonéphrite	Ceftriaxone ou Cefotaxime (pas de C3G orale) Ciprofloxacine ou lévoflo (sauf si prise 6 mois avant)	Amoxicilline : 10 j Amoxicilline/acide clav : 10 j Ciprofloxacine ou lévofloxacine : 7 j Céfixime : 10 j Sulfaméthoxazole/Triméthoprim : 10 j

Extension des compétences des pharmaciens Pour une IU simple, les patients peuvent consulter leur pharmacien



♂	Probabiliste	Antibiothérapie adaptée / différée
Cystite à risque de complications	Fosfomycine : J1 - J3 - J5 Furandantine (sauf si DFG <40ml/min) Pivmécillinam	Fosfomycine : J1 - J3 - J5 Furandantine : 7j (sauf si DFG <40ml/min) Pivmécillinam : 7j Triméthoprim : 7j Amoxicilline : 7j Sulfaméthoxazole/Triméthoprim : 7j Amoxicilline/acide clav : 7j
Pyélonéphrite	Ceftriaxone ou Cefotaxime (pas de C3G orale) Levoflo, ciproflo ou ofloxacine (sauf si prise 6 mois avant)	Amoxicilline : 10 j Sulfaméthoxazole/Triméthoprim : 7j Amoxicilline/acide clavulanique : 10j Levoflo, ciproflo ou ofloxacine : 7j Cefixime : 10j
Prostatite	Ceftriaxone ou Cefotaxime (pas de C3G orale) Levoflo, ciproflo ou ofloxacine	Sulfaméthoxazole/Triméthoprim : 14j Levoflo, ciproflo ou ofloxacine : 14j

Message clé !

Ni test inutile, ni traitement abusif : des signes cliniques d'abord, des recommandations toujours

Pour aller plus loin...



Recommandations chez l'adulte SPILF

IU masculines aiguës communautaires

Prise en charge des IU communautaires



Recommandations EHPAD CRAtb Occitanie

Plaquette Antibiothérapie

Prélèvement microbio



Recommandations CRAtb PDL

Mémo durées antibiothérapies

Mieux prescrire les antibiotiques

- 1- Respecter les situations pour lesquelles il n'est pas recommandé de prescrire des antibiotiques, notamment en cas d'infections présumées virales
- 2- Prescrire l'antibiotique le plus adapté (en privilégiant les antibiotiques à spectre étroit)
- 3- Prescrire les posologies et les durées de traitement appropriées
- 4- Réévaluer les prescriptions

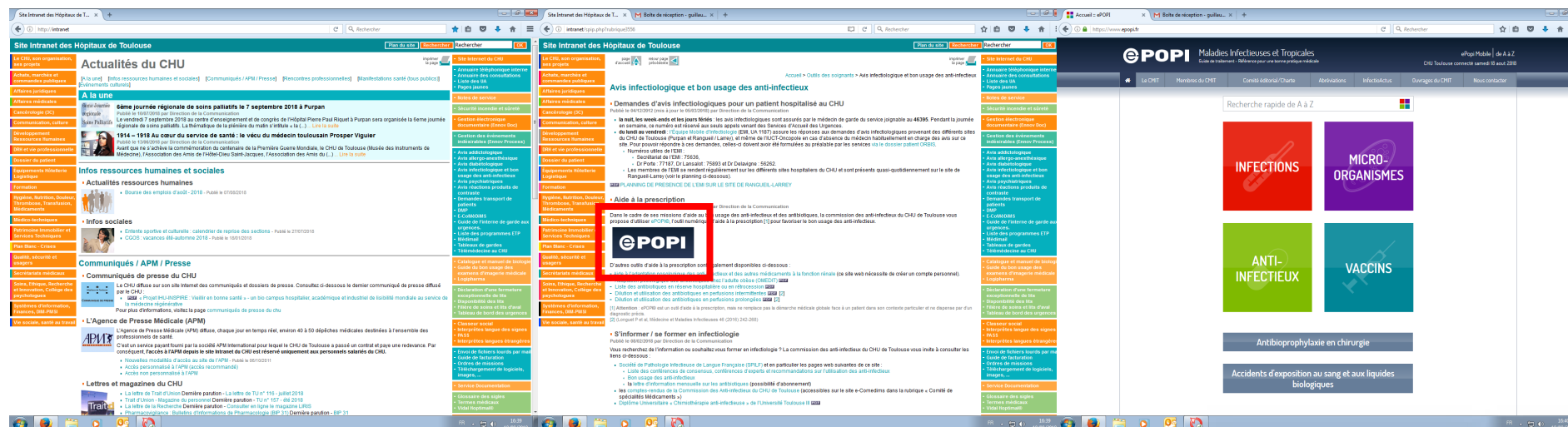
Mieux prescrire les antibiotiques

- 1- Respecter les situations pour lesquelles il n'est pas recommandé de prescrire des antibiotiques, notamment en cas d'infections présumées virales
- 2- Prescrire l'antibiotique le plus adapté (en privilégiant les antibiotiques à spectre étroit)
- 3- Prescrire les posologies et les durées, les modalités de traitement appropriées
- 4- Réévaluer les prescriptions

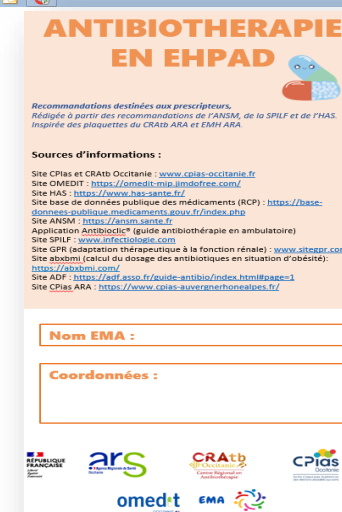
Aide à la prise en charge

Avis infectiologique

ePOPI



- ❖ <https://antibiocllic.com/>
- ❖ <https://www.infectiologie.com/>
- ❖ <https://cpias-occitanie.fr/>
- ❖ <https://cpias-occitanie.fr/outils-cratb-occitanie/>



Fiches Haute Autorité de Santé (HAS) en collaboration avec la SPILF et le GPIIP :
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3278764/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapie-preconisees-dans-les-infections-bacteriennes-courantes

<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/les-antibiotiques> , <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/fluoroquinolones>

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

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

Durées d'antibiothérapies des infections courantes, non compliquées, en évolution favorable:

Recommandations SPILF/GPIP : sources (recommandations , [diaporamas du groupe recommandations](#)) : dans chaque sous chapitre

Vérifiez à chaque utilisation que ces recommandations n'ont pas été actualisées [en cliquant ICI](#)

Infections respiratoires

Pneumonie aiguë communautaire :

- Si amélioration clinique à J3 : 3J
- Si amélioration clinique entre J3 et J5 : 5J
- Si autre cas ou PAC hospitalisée en réanimation : 7J

Pneumonie d'inhalation : 5J si stable à J5, 7J sinon

Coqueluche / Mycoplasme, selon macrolide : 3J (azithro), 7J (clarithro)

Autres infections respiratoires basses

- Pneumonie associée aux soins ou PAVM (sauf immuno-, empyème, abcès) : 7J
- Pleurésie purulente, après dernier drainage : 14J
- Exacerbations de BPCO (si GOLD III ou IV) : 5J

Infections ORL

Otite moyenne aiguë : 5J (sauf enfant ≤ 2 ans : 10J)

Angine à SGA : amox 6J / allergies : cefpodoxime 5J ou clarithro 5J

Sinusite maxillaire : 1^{er} choix amox 7J / C2-C3G PO 5J / pristinamycine 4J - Enfant 10J – Sinusite non maxillaire ou dentaire : amox clav 7J / C2-C3G PO 5J / FQ 5J (sinusite maxillaire et otite non grave > 2ans, abstention ATB possible)

Infections cervicales

Adénite : 7J (enfant : 10J)

Abcès péri-amygdalien, péripharyngé ou rétropharyngé : 7J si drainé, 10J sinon (enfant 10J/abcès péri-amygdalien, 15J autres zones)

Adénite aiguë suppurée grave, cellulite, médiastinite nécrosante descendante : 14J post-chirurgie

Pied diabétique

Ostéite sans amputation : 6 sem

Ostéite de tranche de section d'amputation : 3 sem

Amputation complète sans infection peau/tissus mous : 5J post op

Amputation complète avec infection peau/tissus mous : 7J post op (14J si pas d'amélioration significative à J7)

Arthrites septiques, spondylodiscites et bursites

Arthrite : 6 sem (*S. aureus*, entérobactérie), 4 sem (strepto), 7J (gonocoque)

Arthrite de la main, post inoculation, récente (< 4 sem) : 14J post lavage chir

Spondylodiscite sans matériel ou avec matériel lavé/changé : 6 sem

Spondylodiscite sur matériel non lavé/non changé : avis expert

Bursites : 14J (en moyenne)

Infections urinaires (femme et homme)

Neutropénie fébrile

Sans documentation microbiologique ni orientation clinique

Si hospitalisation : 3J minimum. Arrêt si absence de signes de gravité ET patient stable ET apyrexie depuis 48h ET surveillance hospitalière de 24-48h (si la neutropénie persiste)

Si ambulatoire : Arrêt quand PNN > 500/mm³. Avis spécialisé après 7J

Infection documentée (biologie ou foyer clinique)

7J minimum. Arrêt si apyrexie > 4J ET éradication microbiologique ET résolution des signes cliniques d'infection (adapter selon site/pathogène)

Infections de la peau et des tissus mous

Furoncle simple, impétigo simple : pas d'antibiotique

Plaie souillée, abcès cutané drainé, furoncle compliqué, morsure animale : 5J

Furonculose, impétigo grave, dermohypodermite bactérienne non nécrosante: 7J

Bactériémies liées aux cathéters veineux

Après ablation du KT et 1^{ère} hémoculture négative

Staph coag neg (+ apyrexie et pas de matériel endovasculaire) : 3J

Streptocoques, entérocoques et BGN (y compris *Pseudomonas*) : 7J

RETRAIT KT systématique : *S. aureus*, *S. lugdunensis*, *Candida sp.* : 14J

Si thrombophlébite septique : 21J

Si tentative de conservation du KT Verrou + antibiothérapie systémique : 10J

Bactériémies primaires non compliquées

BGN (entérobactéries, non fermentants), streptocoques, entérocoques : 7J

S. aureus et *S. lugdunensis* : 14J

Endocardites

Streptocoques : Valve native : 4 sem / Valve prothétique : 6 sem

Entérocoques : Valve native/ prothétique : 6 sem

S. aureus : Valve native : 4 sem / Valve prothétique : 4-6 sem

BGN : Valve native : 4 sem / Valve prothétique : 6 sem

Infections de dispositif électronique cardiaque implantable

Infection précoce superficielle : 7J

Infection du boîtier sans bactériémie : 7J après ablation de tout le matériel

Infection de sonde : 14J après ablation de tout le matériel

Infection de sonde et ablation de matériel impossible : avis expert

Infections de matériel endovasculaire – Après reprise chirurgicale

Ablation des implants infectés

Nouvelles recommandation Pneumopathies

- Communautaire
 - Traitements plus courts
- Réévaluation J3-J5-J7 et
STOP si bonne évolution
-
- D'inhalation : J5 suffisent
- Si évolution favorable



Prise en charge des pneumonies d'inhalation

**Recommandation
SPILF en partenariat avec la SFGG
GINGER**

Jeu de diapositives réalisées par le comité des
référentiels de la SPILF le 08/01/2025



Pneumopathies

Les points clés



Prescription



A l'hôpital, comme en ville, dès que l'on peut, on privilégie la **VOIE ORALE**



PRESCRIRE un antibiotique lors d'une pneumopathie, c'est bien ! **LIMITER** sa durée, c'est mieux !



Cortico ou **AINS** + **Antibio** = **Mauvais combo** !



Pas d'accès à la **radio**, pensez à l'**ECHO** !

Réévaluation, c'est l'optimisation



Traiter **moins** longtemps, c'est dans le vent !

→ Réévaluation à **J3 - J5 - J7**, dès qu'on peut on arrête



Pneumopathie à **J3-J5 stabilisée** = antibiotiques arrêtés

Bonjour Docteur, je vais mieux mais je tousse toujours

La toux est due à l'inflammation des tissus pulmonaires. Une toux persistante n'est pas un échec de la prise en charge

TOUX

Prévention



VACCINATION antipneumococcique, c'est systématique

→ **+65 ans** ou n'importe quel âge si fragilité



INHALATION, tu préviendras

→ soins de bouche et prothèse dentaire adaptée, dépistage des troubles de la déglutition, nutrition (texture, positions), rééducation ...

Message clé!

Bien traiter, réévaluer, limiter la durée... et surtout, penser à vacciner !



Pour aller plus loin...



Recommandations SPILF

Prise en charge des pneumonies d'inhalation



Recommandations Pneumopathie Aiguë Communautaire

Prise en charge chez l'adulte
- Sociétés savantes

Messages clés - CRAtb IDF

Messages clés à destination des Med Gè



Recommandations EHPAD CRAtb Occitanie

Plaquette Antibiothérapie

Prélèvement microbio



Recommandations Omedit Occitanie

Diagnostiquer les troubles de déglutition

La dermo-hypodermite : 7 jours même si tj rouge !



LIBEREZ LES BRAS

UNE PERFUSION QUI NE SERT PAS = BON DEBARRAS !



Tableau 1 : Situations cliniques nécessitant l'initiation d'une antibiothérapie par voie intraveineuse + conditions pour envisager un relais PO

Dans certaines situations cliniques ou infections, il est recommandé de toujours débiter l'antibiothérapie par voie parentérale, nécessitant un délai avant le relais per os (cf. Détails dans le tableau ci-dessous). Dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés en Figure 1 de ce document).

Dans toutes les situations, la documentation du diagnostic précis doit toujours être spécifiée dans le dossier du patient et un avis spécialisé peut être demandé si nécessaire.

Pathologie	Délai pour envisager un relais per os*	Conditions pour envisager le relais oral
Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée	A partir du 7 ^{ième} jour	
Bactériémie sans porte d'entrée identifiée	Pas de recommandation disponible	Selon avis infectiologique
Bactériémie liée au cathéter	Pas de recommandation disponible	Selon avis infectiologique
Endocardites	A partir du 10 ^{ième} jour	Après réalisation d'une ETO à J10 et après avis infectiologique ou du référent endocardite
Infection de prothèse vasculaire	A partir du 7 ^{ième} jour	Selon avis infectiologique
Abcès cérébral	Pas de recommandation disponible	Selon avis infectiologique
Méningite à Listéria, Méningocoque, Pneumocoque	Jamais de relais oral	
Arthrite septique	Après exclusion d'une endocardite A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie associée	
Infection de prothèse de hanche et de genou	A partir du 5 ^{ième} jour A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie associée	Selon avis infectiologique
Spondylodiscite	A partir du 1 ^{er} jour A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée	Après avoir éliminé une endocardite et traité l'éventuelle bactériémie

* Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILF

<https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Recommandation sous-cutané



Antibiothérapie sous-cutanée

Recommandations de bonne pratique clinique
SPILF/SFGG 2025

*Emmanuel Forestier, Gaëtan Gavazzi, Sylvain Diamantis,
Sylvain Goutelle, Claire Roubaud-Baudron*



Mieux prescrire les antibiotiques

- 1- Respecter les situations pour lesquelles il n'est pas recommandé de prescrire des antibiotiques, notamment en cas d'infections présumées virales
- 2- Prescrire l'antibiotique le plus adapté (en privilégiant les antibiotiques à spectre étroit)
- 3- Prescrire les posologies et les durées de traitement appropriées
- 4- Réévaluer les prescriptions : afin d'arrêter au plus tôt : tous acteurs !!!

Mieux Informer

Sur l'évolution naturelle de la maladie :

- Sur la problématique de l'antibiorésistance
- Sur l'antibiotique qui est prescrit, et l'intérêt du respect de sa bonne utilisation (dose, durée)
- Sur la raison de non-prescription d'antibiotique dans des infections virales et l'intérêt de mesures pouvant soulager des symptômes. Voir ordonnance de non-prescription d'antibiotiques
- Sur la nécessité de ne pas pratiquer d'automédication avec les antibiotiques

Mieux évaluer, mieux contrôler pour s'améliorer

- Prendre le temps d'analyser les consommations, les résistances
- Réaliser des Audits

Les prescripteurs : tous acteurs

Le B.A.-BA du BUA



Réaliser un examen clinique minutieux et d'éventuels examens complémentaires pour poser un diagnostic et justifier l'indication (ou non) d'un éventuel traitement antibiotique



S'il est justifié, mettre en place une antibiothérapie adaptée à la situation clinique et à l'état du patient (molécule, posologie, voie d'administration appropriées...)



Privilégier une durée d'antibiothérapie courte dans le respect des recommandations



Réévaluer l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure pour l'adapter à l'évolution clinique et aux résultats des éventuels examens complémentaires, notamment microbiologiques



Tracer les décisions thérapeutiques dans le dossier médical du patient (indication, choix de la molécule, durée, réévaluation...)



Qui dit BUA dit BUD : Bon Usage Diagnostique : Attention prélèvements inappropriés

**“Ses urines sentent mauvais,
je prescris un ECBU ?”**



Les urines malodorantes (et/ou troubles) iso...
prescrire un ECBU

**La clinique
c'est très chic**



... toujours primer
... amen complémentaire

**La ProCalciTonine
c'est Has Been**



... mandé pour faire le diagnostic d...
... n intervalle d'au moins 48h en...
... clinique doit primer
... amens complémentaires.

**LEVE LE PIED
SUR LA CRP**




2 CRP
... tée isolée
... ndication à
... rapie

EST-CE BIEN UTILE ?



Un ECBU positif ne suffit pas au diagnostic d'infection urinaire
Ne prescrivez un ECBU que si vous suspectez une infection

**Guide
Prélèvements microbiologiques en EHPAD**



CRAtb
Centre Régional de
Anatomopathologie

Janvier 2024

**Who is the
Winner ?**



Ecouvillon,
Sur une lésion,
A quoi bon ?

Les autres acteurs du BUA

Soignants : Ide/AS

- Prélèvements uniquement si pertinent
- Hygiène, vaccination

• **Microbiologiste :**

- Diagnostic
- Alerte
- suivi épidémiologique, résistance, déclaration

• **Pharmacien :**

- Analyse des prescription : posologie, durée, informations nouvelles recommandations
- Qualité, conformité
- Suivi ATB ciblés

• **Equipes Hygiènes Hospitalière :**

Nous avons tous un rôle à jouer !

SEMAINE MONDIALE POUR UN BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES
CAMPAGNE REGIONALE DE PREVENTION DE L'ANTIBIORESISTANCE

Les antibiotiques, parlons-en !

Du 17 au 23 novembre 2025

Professionnels

Patients

5 THEMATIQUES
POUR PREVENIR L'ANTIBIORÉSISTANCE

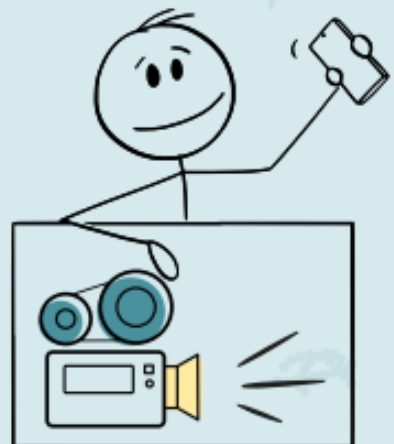
Infections urinaires
Transmission croisée
Vaccination adultes
Pneumopathies
C. Difficile



Flashez, téléchargez !



TESTEZ
VOS CONNAISSANCES
EN 2'30



Flashez, visionnez !



Tous les supports de la campagne par ici !

Video capsule à destination des patients

SEMAINE MONDIALE DE
PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

Du 17 au 23 novembre 2025

Les antibiotiques, parlons-en !

TESTEZ
VOS CONNAISSANCES
EN 2'30

Flashez, visionnez !

CPias Occitanie
omed.t Occitanie
CRA.tb Occitanie
EMA HAUTE-GARONNE
EMH Occitanie
EMA Occitanie

Conclusion : règles de bon usage des antibiotiques

- **Antibiothérapie des infections** (et non des colonisations) **bactériennes** (et non virales)
 - Faire un diagnostic !
- Choix initial de l'ATB basé sur le site de l'infection, les bactéries causales suspectées ou documentées, les recommandations existantes, les limites imposées par le terrain et le cout écologique
 - Etre formé ou se faire conseiller ! Traitement per os à privilégier.
- Réévaluation **obligatoire** à J3 (et J7)
 - Stop si pas d'infection à J3 / infection suffisamment traitée à J5-J7
 - Adaptation (monothérapie, désescalade, PO...)
- Attention aux prélèvements : bon usage des outils diagnostiques



GUÉRISON
~~GUÉRISON~~
SOIGNEUR