



# Comment diminuer les antibiotiques en EHPAD CAT devant une infection à bactérie multi résistante?



Dr Véronique MONDAIN



# Plan



ETAT DES LIEUX  
CONSOMMATION ET  
RÉSISTANCES EN  
EHPAD



SUR QUELLES  
STRUCTURES  
/ORGANISATIONS  
D'APPUYER POUR  
TRAVAILLER À LA LUTTE  
CONTRE  
L'ANTIBIORÉSISTANCE ?



QUELLES  
RECOMMANDATIONS  
/OUTILS?



TÉLÉMÉDECINE OU  
AUTRE APPUI



VACCINATIONS



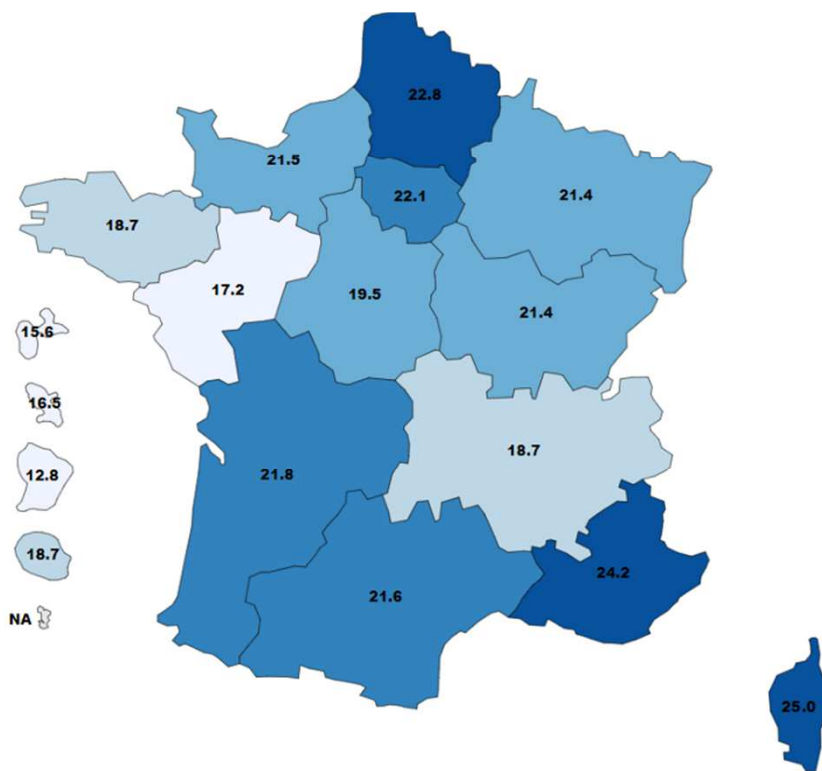
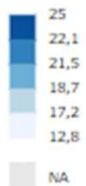
TAKE-HOME MESSAGES

# Quelle est la situation des consommations Antibiotiques en ville et en EHPAD sans PUI en 2023 ?

Consommation en DDJ/1000 Habitants/J

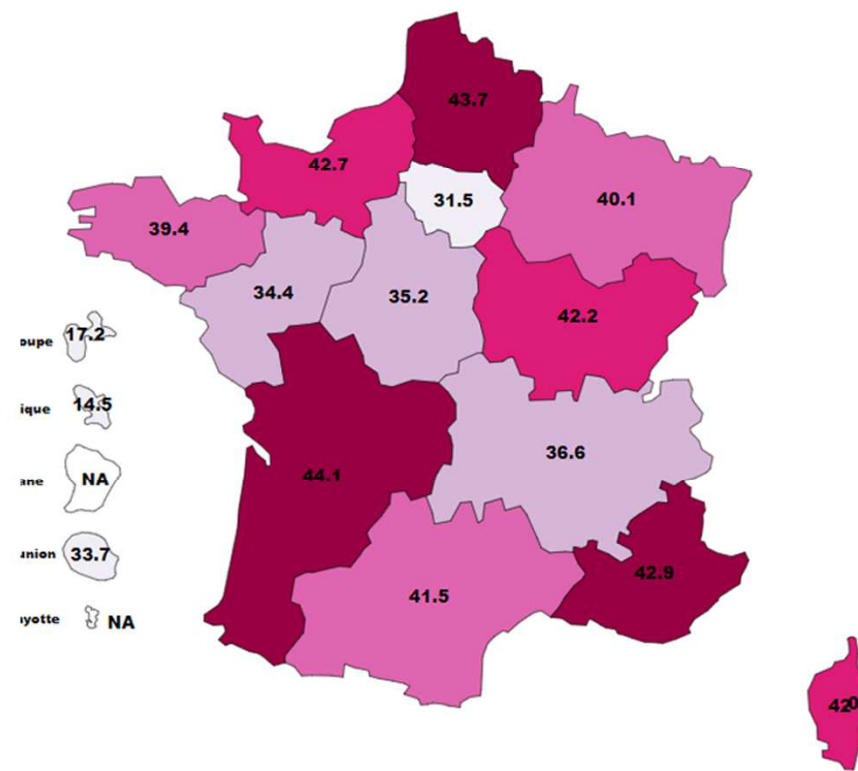
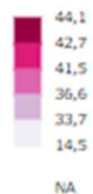
Consommation en DDJ/1000 JH

DDJ / 1000 hab/J



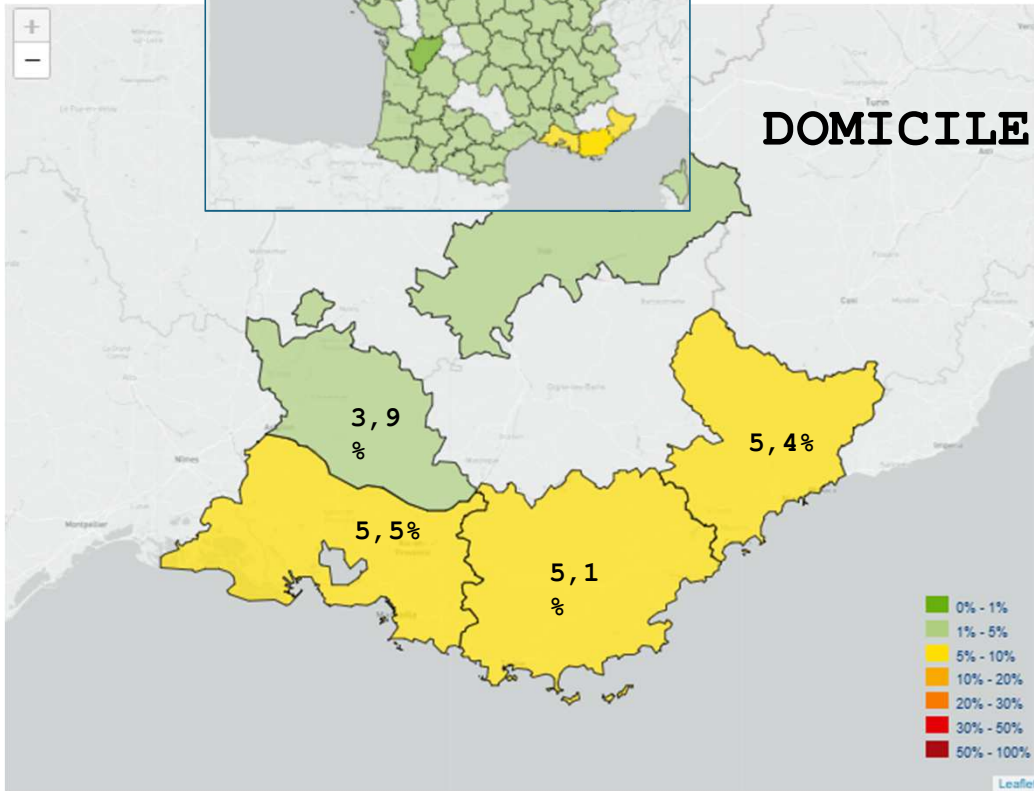
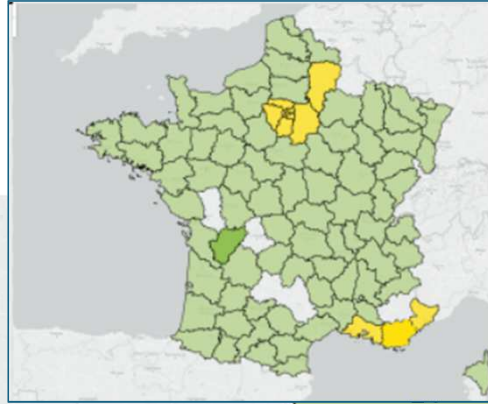
VILLE

DDJ / 1000 JHeb

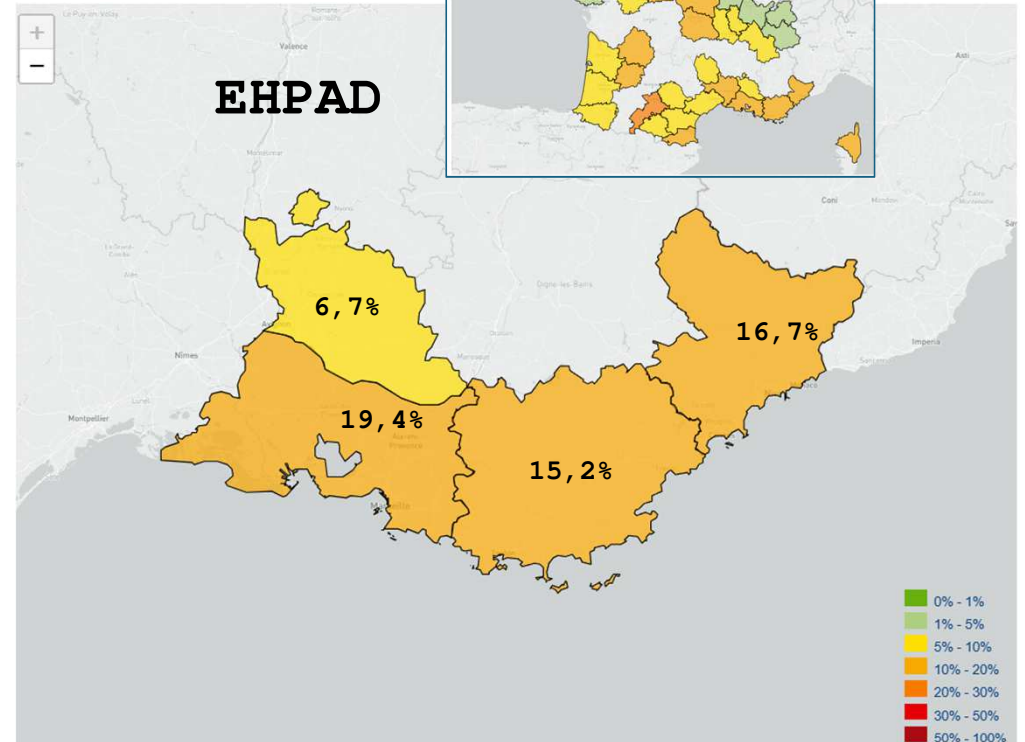
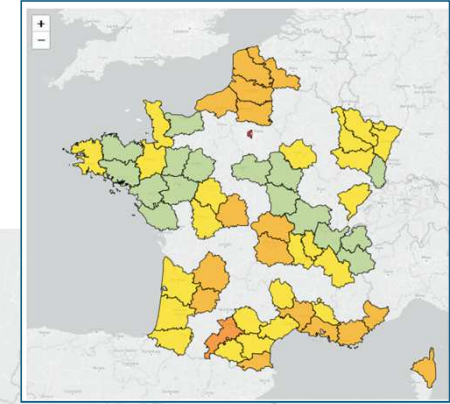


EHPAD

## E.coli résistants aux C3G dans les urines (source PRIMO)



CIBLE 2025 : < 3%



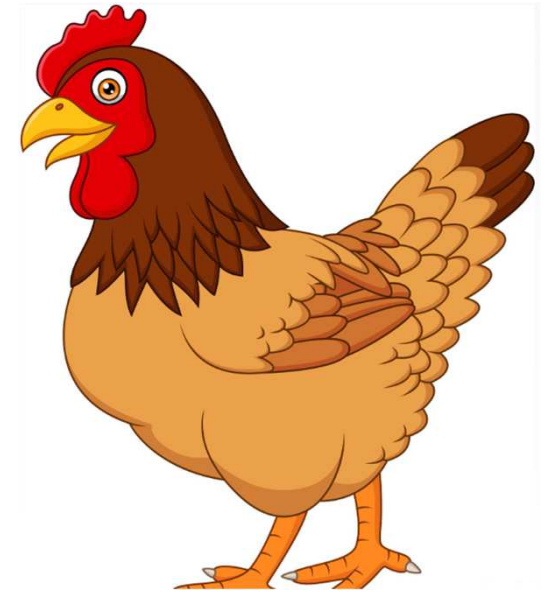
CIBLE 2025 : < 8%

# ANTIBIOTHERAPIE

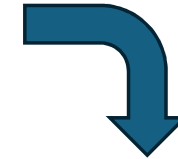
## Antibiotiques critiques

AAC/ C3G les plus prescrits

40 à 70% des prescriptions antibiotiques inappropriées en EHPAD

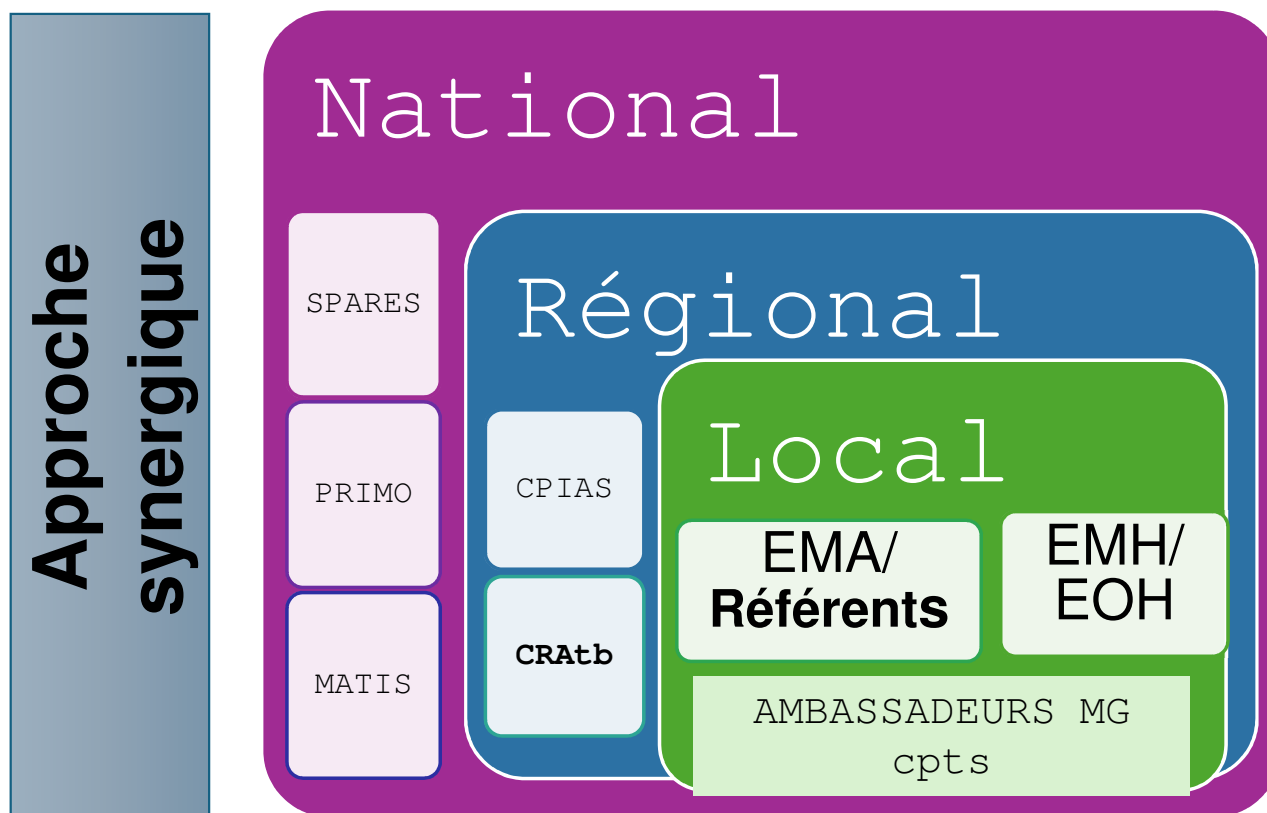


# RESISTANCE Bactérienne



# Proposition d'articulation pour l'axe **Bon Usage des Antibiotiques**

SUR QUELLES  
STRUCTURES  
/ORGANISATIONS  
D'APPUYER POUR  
TRAVAILLER À LA LUTTE  
CONTRE  
L'ANTIBIORÉSISTANCE ?



Connexion des maillons

*En lien avec :*

- Réseau des CRAtb
- GT BUA SPILF
- ESGAP, ESCMID



# Quels outils? Recommendations?

QUELLES  
RECOMMANDATIONS  
/OUTILS?

<https://www.preventioninfection.fr> REPIA

Protocoles maison?

**Antibioclic** : Webinaire récent sur épidémies hivernales et BUA en EHPAD Janvier 2024

<https://www.youtube.com/watch?v=rblIsUOwkw>

[https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2018/07/guide-antibios-V2018\\_VD.pdf](https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2018/07/guide-antibios-V2018_VD.pdf)

SPILF infectio-gériatrie GINGER



## EXACERBATION DE BPCO DTT = 5 JOURS

Stade II : dyspnée d'effort, symptômes chroniques inconstants :

- Pas d'antibiotiques sauf plus franc.
- Amoxicilline 3g/j.

Si allergie de type I : Pristinamycine 3g/j.

Stade III : dyspnée de repos, symptômes chroniques quasi constants ou > 4 épisodes/an :

- Amoxi-clav 3g/j.

Si allergie type I : Pristinamycine 3g/j.

Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j.

## PNEUMONIE AIGUË DTT = 5 JOURS SI FRANCHE AMÉLIORATION À J3, SINON 7 JOURS

Simple : début brutal, crépitations, opacité, GB/CRP :

- Amoxi-clav 3g/j.

Si allergie type I : Pristinamycine 3g/j.

Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j.

Inhalation : trouble déglutition ET foyer droit :

- Amoxi-clav 3g/j. ou
- Ceftriaxone 1g/j + Metronidazole 500mgx3/j.

Sepsis (quick SOFA  $\geq 2$ ) ou échec à 48 heures :

- Ceftriaxone 1g/j + Spiramycine 3MUx3/j.

et Transfert SAU.

## CYSTITE DE LA FEMME

• Attente antibiogramme sauf si hyperalgique :

- 1<sup>er</sup> choix : nitrofurantoiné 100 mg x3/j (pas de prescriptions répétées ni prolongées).
- 2<sup>e</sup> choix : fosfomycine-trométamol 1 sachet J1-J3-J5.

• Puis privilégier selon sensibilité (DTT = 5 jours) :

- 1<sup>er</sup> choix : amoxicilline 1gx3/j.
- 2<sup>e</sup> choix : pivmécillinaam 400 mg x2/j.
- 3<sup>e</sup> choix : nitrofurantoiné 100 mg x3/j.
- 4<sup>e</sup> choix : fosfomycine-trométamol 1 sachet J1-J3-J5.
- 5<sup>e</sup> choix : triméthoprime (TMP) 300 mg 1x/j.

## PYÉLONÉPHRITE AIGUË (DTT 7 OU 10 JOURS SELON MOLÉCULE)

Avant résultat de l'ECBU :

- Ceftriaxone 1g/j.

Si allergie de type I : Ciprofloxacine 500mgx2/j

+ 1 seule dose de Gentamicine 6 mg/kg.

Après antibiogramme, privilégier :

- 1<sup>er</sup> choix : Amoxicilline 1gx3 (DTT = 10 jours).
- 2<sup>e</sup> choix : Cotrimoxazole forte : 1 cpv2 (DTT = 10 jours).
- 3<sup>e</sup> choix : Amox-clav 1gx3 (DTT = 10 jours).

Si allergie de type I :

• Cotrimoxazole forte 1cpv2 jusqu'à J10.

• Ciprofloxacine 500mgx2/j jusqu'à J7.

## IU MASCULINE NON FÉBRILE : DTT = 7 JOURS

Sauf si signes d'infection parenchymateuse, de prostatite, de pyélonéphrite, ou anomalie de l'arbre urinaire, ou uropathie, ou hyperplasie bénigne de prostate, ou lithiase ou immunodépression.

• Même conduite à tenir que cystite de la femme

## IU MASCULINE FÉBRILE OU AVEC FDR CI-DESSUS DTT = 14 JOURS

Avant résultat de l'ECBU :

- Ceftriaxone 1g/j.

• Si sepsis (quick SOFA  $\geq 2$ ), avant transfert SAU :

+ 1 dose de Gentamicine 6 mg/kg.

Après antibiogramme, privilégier :

- Cotrimoxazole forte : 1 cpv2/j ou • Levofloxacine 500 mg/j. (fluradantine, céfixime et amoxi-clav diffusent mal dans la prostate).

## PYÉLONÉPHRITE OU PROSTATITE CHEZ UN PORTEUR DE BLSE

Avant résultat de l'ECBU :

- Ceftriaxone 2g/j + 1 dose de Gentamicine 8 mg/kg.

Après antibiogramme :

cf \* pyélonéphrite aiguë ou IU masculine fébrile \*.

Si pas de traitement PO/IM sensible (ne pas mettre de Furadantine ni de Fosfomycine trométamol) : transfert SAU ou téléphoner à votre infectiologue de proximité.

## ERYSIPELE DTT = 7 JOURS

Placard rouge, chaud, douloureux, fébrile :

- Amoxicilline 3g/j.

Si allergie : Pristinamycine 3g/j.

## FURONCULOSE / PLAIE SURINFECTÉE DTT = 3 JOURS

- Cloxacilline 3g/j.

Si allergie ou portage SARM : Pristinamycine 3g/j.

## PIED DIABÉTIQUE

Grade 1 : plaie sans signe d'infection :

- Pas d'antibiotique.

Grade 2 : plaie infectée au moins 2 signes parmi : chaleur, érythème ne dépassant pas 2 cm autour de la plaie, tuméfaction, douleur (rare), écoulement purulent :

- Cloxacilline 1gx3/j ou céfalexine 1gx3/j par voie orale, en cas d'allergie vraie aux bêta-lactamines pristinamycine 1gx3/j.

DTT de 2 semaines maximum.

Grade 3 : plaie infectée avec extension en surface (plus de 2 cm autour de la plaie) :

- Amoxicilline+acide clavulanique IV 1gx3/j +/- gentamicine 5mg/kg

ou ceftriaxone 1g/j +/- gentamicine 5mg/kg si allergie aux pénicillines.

DTT de 2 semaines maximum.

L'atteinte ostéo-articulaire n'est pas une indication à l'antibiothérapie en urgence si pas d'autre signe de gravité.

Grade 4 : toute plaie infectée avec fièvre :

Transfert SAU.

## INFECTIONS OCULAIRES

Conjonctivite virale (contexte épidémique) :

- Pas d'antibiotiques.
- Rinçage sérum phy + collyre antiseptique.

Conjonctivite bactérienne :

- Rinçage sérum phy + collyre antiseptique.
- Si échec à 48h : prélèvement.

Avant résultat antibiogramme : collyre

Tobramycine 1 goutte 3x/j puis adaptation

à antibiogramme (DTT = 7 jours).

## Sphère digestive



\* **Infection à Clostridioides difficile**  
Diarrhée avec exposition récente aux antibiotiques : recherche de toxines de *Clostridioides difficile*. Si positif :

- *Vancomycine* 125mg x 4/j PO ou *Fidaxomicine* 200mg x 2/j (DTT=10j). Disponibles en rétrocession sur prescription hospitalière

- Si indispensables et sans signes de gravité :  
*Métronidazole* 500mg x 3/j PO (DTT=10j)

Récidive = avis infectieux ou gastro

\* **Cholécystite et angiocholite / diverticulite**

Imagerie + avis chirurgical

A défaut, ou traitement d'attente (DTT=7) :

- *Ceftriazone* 1g/j IV/IM/SC + *Métronidazole* 500mg x 3/j

## **X** Pas d'antibiotiques

**PAS d'antibiotiques dans les situations suivantes, donner un traitement symptomatique et réévaluer à 48h :**

- Bronchite aiguë
- Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif
- Rhinopharyngite
- Furoncle simple
- Morsure/griffure mineure
- Diarrhée simple sans fièvre

**PAS d'antibiotiques si pas d'infection objectivée :**

- plaie ou escarpe
- bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)

## Fièvre isolée ?

Ne pas traiter à l'aveugle **sauf retentissement systémique** :

- Syndrome infectieux (fièvre ou hypothermie)
- **ET mauvaise tolérance** (hypotension ou choc, polygnée et/ou hypoxie, oligurie ou insuffisance rénale, encéphalopathie) **OU patient neutropénique (< 500 PNIN)**

## Sepsis ?

Sepsis (infection avec 2 items parmi : TAS  $\leq 100$ , FR  $\geq 22$ ,

confusion récente) **OU choc septique** :

Prélever ECBU + 1 paire d'hémocultures si possible

*Ceftriazone* 2g IV + *Amikacine* 25-30mg/kg/j IV ou *Gentamicine* 7mg/kg IV

Appel SAMU pour transfert (selon directives anticipées)

## Antibiotiques et personne âgée

- Fonction rénale altérée : adapter la posologie
- Polymédication : risque d'interactions majeur
- Effets secondaires majorés : diarrhées, infection à *C. difficile*, candidose buccale, confusion
- Limiter la pression de sélection : respecter les indications, privilégier molécules à spectre étroit, durée courte, limiter les associations
- Rappel : *Ceftriazone* SC = hors AMM (cf site ANSM)

## Vérifier l'écrasabilité des comprimés

Extrait de la liste omedit-normandie.fr :

- *Amoxicilline* 500mg : ne pas ouvrir la gélule
- *Amoxicilline ac. clavulanique* 500/62.5mg : ne pas écraser
- *Azithromycine* 250 et 600mg : écrasement possible
- *Clindamycine* 75, 150 et 300mg : ne pas ouvrir la gélule
- *Fidaxomicine* 200mg : ne pas écraser
- *Lévofloxacine* 500mg : ne pas écraser
- *Pivmécillinam* 200mg : écrasement possible
- *Pristinamycine* 250 et 500mg : écrasement possible
- *Sulfaméthoxazole/Triméthoprime* 400/80 et 800/160mg : ne pas écraser

## Allergie aux pénicillines

Rares allergies croisées *pénicillines-céphalosporines* (3%)

**Contre-indication aux céphalosporines** uniquement si allergie de type I aux *pénicillines* (urticatoire, bronchospasme, oedème de Quincke, choc anaphylactique)

Antécédent d'**éruption cutanée** : seuls les urticaires, syndromes de Lyell, Stevens Johnson et les DRESS après pénicilline sont des contre-indications formelles aux céphalosporines. Dans les autres cas, les *céphalosporines* peuvent être utilisées.

L'intolérance digestive (nausées, diarrhées...) n'est pas une allergie et ne contre-indique pas une *pénicilline*

## Fluoroquinolones

Ne pas utiliser en probabliste si prise dans les 6 mois précédents



# ANTIBIOTHÉRAPIE EN EHPAD

Recommandations destinées aux prescripteurs, rédigées en janvier 2023 par les CRATb ARA, OMeDIT ARA, CPias ARA, à partir des recommandations de l'ANSM, de la HAS et de la SPILF. Inspirées de la plaquette de recommandations élaborées par les Services de Maladies Infectieuses du CH de Tourcoing et des CHRU d'Amiens et de Lille.

Rappel : L'application des précautions standard permet de contrôler la transmission croisée des infections en collectivité

## Sources d'information en ligne :

- CRATB : cratb-aura.fr
- Antibioclac : antibioclac.com
- SPILF : infectiologie.com
- GPR : sitegpr.com
- ADF : adf.asso.fr
- CPias ARA : cpias-auvergnehonealpes.fr



Avis infectieux  
Auvergne-Rhône-Alpes



Mars 2023 - v2

## Sphère urinaire

### \* Cystite homme ou femme

- Cystite = signes fonctionnels urinaires sans fièvre
- L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des signes d'infection
- ECBU systématique (ne pas faire de bandelette urinaire)
- Autant que possible ne traiter qu'après documentation microbiologique

#### Si symptômes bruyants, traitement probabiliste possible

1. Nitrofurantoiné 100mg x 3/j
2. Fosfomycine-trométamol 3g puis adapter selon l'antibiogramme :

#### Cystite femme : privilégier selon sensibilité (ordre à respecter)

1. Amoxicilline 1g x 3/j (DTT=7j)
2. Pivmecillinam 400mg x 2/j (DTT=7j)
3. Nitrofurantoiné 100mg x 3/j (DTT=7j)
4. Fosfomycine-trométamol 3g à J1-J3-J5 (= 3 prises)

#### Cystite homme :

- Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DTT=7j)
- OU Fosfomycine-trométamol 3g à J1-J3-J5 (= 3 prises) \*
- OU Nitrofurantoiné 100mg x 3/j (DTT=7j) \*
- OU Pivmecillinam 400mg x 2/j (DTT=7j) \*
- \* Prescription hors AMM chez l'homme

### \* Pyélonéphrite aiguë non porteur de BLSE

• Avant résultats de l'ECBU : Ceftriazone 1g/j IV/IM/SC

Si allergie Type I : Lévofloxacine 500mg/j ou Ciprofloxacine 500mg x 2/j + dose unique Amikacine 15mg/kg IV ou Gentamicine 5mg/kg IV/IM

#### Selon antibiogramme :

1. Amoxicilline 1g x 3/j (DTT=10j)
  2. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DTT=10j)
  3. Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j (DTT=10j)
- Si allergie Type I : Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DTT=10j) ou Lévofloxacine 500mg/j ou Ciprofloxacine 500mg x 2/j (DTT=7j)

### \* Prostatite aiguë non porteur de BLSE

Avant résultats de l'ECBU :

• Ceftriazone 1g/j IV/IM/SC  
Si allergie Type I : Lévofloxacine 500mg/j ou Ciprofloxacine 500mg x 2/j + dose unique Amikacine 15mg/kg IV ou Gentamicine 5mg/kg IV/IM

#### Selon antibiogramme :

- 1er choix : Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DTT=14j)
- 2ème choix : Lévofloxacine 500mg/j ou Ciprofloxacine 500mg x 2/j (DTT=14j)

Ne pas utiliser Nitrofurantoiné, Céftriazone, Amoxicilline ac. clavulanique car mauvaise diffusion prostatique

### \* Pyélonéphrite / prostatite chez porteur de BLSE

Avant résultats de l'ECBU :

- Ceftriazone 2g/j IV + dose unique Amikacine 15mg/kg IV ou Gentamicine 5 mg/kg IV/IM

Selon antibiogramme : cf pyélonéphrite aiguë ou prostatite aiguë sans BLSE\*

Si traitement oral impossible : avis infectiologue

## Sphère cutanée

### \* Pied diabétique

Atteinte ostéo-articulaire sans signe de gravité : Pas d'ATB en urgence = avis infectiologue et prélèvements nécessaires

Grade 1 : plaie sans signe d'infection : pas d'antibiotique

Grade 2 : plaie infectée. Au moins 2 signes parmi : chaleur, érythème <2 cm, tuméfaction, douleur, écoulement purulent :

- Clindamycine 600mg x 3/j (DTT=7j)
- Ou Pristinamycine 1g x 3/j (DTT=7j)

Grade 3 : plaie infectée avec extension en surface >2 cm péri-lésionnelle :

- Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j IV/PO (DTT=7j)
- Si allergie Type I : Ceftriazone 1g/j IV/IM/SC (DTT=7j)

Grade 4 : toute plaie infectée avec fièvre ou signe de gravité = avis infectiologue

### \* Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (Erysipèle)

- Amoxicilline 50mg/kg/j en 3 prises (max 6g/j) (DTT=7j)

Si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j (DTT=7j)

### \* Furunculose / plaie surinfectée

- Clindamycine 600mg x 3/j (DTT=3j)
- Ou Pristinamycine 1g x 3/j (DTT=3j)

### \* Conjonctivite

Le plus souvent virale (contexte épidémique) :

- PAS d'antibiotiques, rinçage sérum physiologique + collyre antiseptique

Si échec à 48 h : prélèvement

- Avant résultats : collyre Tobramycine 1 gte x 3/j puis adaptation à l'antibiogramme (DTT=7j)

## Sphère respiratoire

Les infections respiratoires en Ehpad sont souvent virales

Utilité des TROD et des PCR virales  
Intérêt préventif de la vaccination (grippe, pneumocoque, Covid)

### \* Pneumonie aiguë

DTT=5j si évolution favorable à J5, sinon DTT=7j

Critères d'évolution favorable à J5 : T  $\leq$  37,8°C et au moins 3

signes de stabilité clinique parmi :

TAS  $\geq$  90mmHg - FR  $\leq$  24/min - FC  $\leq$  100bpm - SpO<sub>2</sub>  $\geq$  90%

La toux n'est pas un critère de non-amélioration

#### Simple :

- Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j

Si allergie type I : Pristinamycine 1g x 3/j

Si per os impossible : Ceftriazone 1g/j IV/IM/SC

#### Inhalation :

- Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j IV/PO
- Ou Ceftriazone 1g/j IV/IM/SC

Sévère ou échec à 48 heures :

- Ceftriazone 1g/j IV/IM/SC + Azithromycine 500mg J1 puis 250mg de J2 à J5

### \* Exacerbation de BPCO

Stade II : dyspnée d'effort, symptômes chroniques inconstants

Pas d'ATB sauf expectorations franchement purulentes :

- Amoxicilline 1g x 3/j (DTT=5j)

Si allergie Type I : Pristinamycine 1g x 3/j (DTT=5j)

Stade III : dyspnée de repos, symptômes chroniques quasi constants ou > 4 épisodes/an :

- Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j (DTT=5j)

Si allergie Type I : Pristinamycine 1g x 3/j (DTT=5j)

Si per os impossible : Ceftriazone 1g/j IV/IM/SC (DTT=5j)

Si colonisation connue à *Pseudomonas aeruginosa* = avis infectiologue ou pneumologue référent

#### Abbreviations :

- DTT : Durée totale de traitement
- BLSE : Béta-lactamase à spectre élargi
- TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

# Alors les outils?

## Sur le prescripteur MG / MC

- Ça marche? ça intéresse?
- gestion de l'incertitude diagnostique
- place de la **clinique**,
- BU des examens complémentaires, CRP?
- **réévaluation** à 48H?,
- outils de feedback : proxyindicateurs

Prescriptions d'antibiotiques de 2013 à 2023  
pour 1 000 habitants et par an



Sources : Données SNDS. Analyse Santé publique France (6 novembre 2024)

**Logiciels métiers avec prescription sur diagnostic** (limite des LAM)

**Ordo spécifique pour FQ et C3G ?**

**Réseau de MG formés via EMA et CRATB**



## PROGRAMME DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS URINAIRES EN EHPAD

Equipe pédagogique | Le CRATB et les EMA Pays de la Loire | Nous contacter



- Programme de BUA dans les suspicions d'infections urinaires en EHPAD

- Centré sur des leaders médical ou paramédical :

- Formation et boîte à outils
- Mise en œuvre du programme
- Suivi indicateurs

### Messages clés :

- 1/ ne pas réaliser de bandelette urinaire ou d'ECBU devant urines foncées et/ou malodorantes (ne pas réaliser de BU tout court !)
- 2/ ne pas réaliser d'ECBU sans avis médical
- 3/ ne pas prescrire d'antibiotique sans examen clinique
- 4/ respecter les durées de traitement
- 5/ aucune place pour les fluoroquinolones et les C3G dans le traitement des cystites

- Partenariat CRATb/EMA– CPIAS/RTH– DRSM

**[https ://antibehpad.fr/](https://antibehpad.fr/)**

# Traitement des infections urinaires

- Chez la femme:

## Cystite à risque de complication

ECBU (pas de BU) devant des **symptômes** et **attente** du résultat ou traitement probabiliste par nitrofurantoïne (si clairance > 40/ml) ou **fosfomycine**, à choisir sur les données de l'EBU antérieur

Au résultat ATB au moindre impact sur le microbiote.

Pas de contrôle

## Cystites récidivantes

Chercher et traiter résidu, troubles digestifs, sécheresse vaginale

Si > 1 par mois, fosofmycine ou triméthoprime

# Chez l'homme

Nouveautés : la cystite...!!! Pas de fièvre

**7 jours** de traitement..et même avec de molécules qui ne diffusent pas dans la prostate..

Quid des antibiogrammes ciblés??

La prostatite à E.coli BLSE du sujet âgé, agité

**fosfomycine** , pas de consensus sur la durée

# Conseils et appui pour le traitement des Infections à BMR

- Les éviter :
  - limiter les antibiotiques critiques
  - Hygiène des mains
- Les traiter :
  - Uniquement si signes cliniques
  - Ligne téléphonique 0492039688
  - Site internet [kit-BLSE.fr](http://kit-BLSE.fr)
  - Amikacine (5 jours; IM), cefoxitine, fosfomycine

# Mise en évidence d'un *Staphylococcus aureus* methi R

- dans un prélèvement cutané
- plaie chronique d'un patient en EHPAD
- ou furoncle/anthrax creusant
  - évoquant la présence de la toxine PVL\*
- précautions complémentaires contact,
  - si besoin clindamycine (ICD?)/pristinamycine
- décolonisation des gites selon présentation/récidives



## Précautions complémentaires standard :

Pour tout patient et soignant, lavage des mains au savon/ SHA, mains nues sans bijoux ni vernis ni résines

## Précautions complémentaires contact (PCC) d'hygiène si BMR :

**Information et traçabilité**, lavage des mains et protection des tenues, gestion des déchets

\* *leucocidine de Panton-Valentine*

# Exemple de téléinfazur

<b>Contexte du projet</b>	<p>La progression de la résistance bactérienne aux antibiotiques est une préoccupation importante, ainsi que leur consommation encore trop élevée.</p> <p>Dans ce contexte, les outils d'aide à la prescription doivent être développés.</p> <p>La télé-médecine peut être un outil du « Bon Usage Antibiotique » et ainsi limiter la dissémination des Bactéries Multi Résistantes (BMR).</p>
<b>Résumé du projet</b>	<p>Notre région PACA est bien structurée et organisée notamment au niveau du littoral et du GHT concernant l'offre de soin et la possibilité pour les professionnels de santé d'avoir accès à un conseil téléphonique sur les problématiques infectiologiques. Une ligne téléphonique dédiée (0492039688) et des consultations de Recours Rapide sont organisées depuis 2010.</p> <p>En revanche, deux types de populations restent défavorisés dans cet accès : les patients institutionnalisés notamment en EHPAD, particulièrement soumis à des infections difficiles à prendre en charge comme les bactéries multi résistantes, et les patients habitant les vallées, en raison de difficultés logistiques et d'éloignement.</p> <p>Le service d'Infectiologie du CHU de Nice, propose l'organisation de plages de télé-conseil et télé-expertise à l'intention d'établissements de santé présentant des caractéristiques particulières quant à leur population (personnes âgées) ou leur éloignement (vallées). Un temps dédié à la prévention sera associé à ces consultations avec des formations des soignants sur les mesures d'hygiène, les vaccins, les dépistages</p>
<b>Objectifs poursuivis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre l'accessibilité au conseil en infectiologie sous une forme adaptée à la situation de tout patient.</li> <li>• Optimiser l'utilisation du temps et des ressources médicales rares.</li> <li>• Améliorer la qualité du service médical rendu, du point de vue des professionnels et des patients et/ou résidents.</li> <li>• Diffuser les recommandations du plan gouvernemental de lutte contre l'Antibiorésistance et diminuer l'utilisation des antibiotiques en EHPAD.</li> <li>• Diminuer les coûts liés au transport et les hospitalisations itératives.</li> </ul>

## LA TELECONSULTATION

Peut permettre une consultation à distance, y compris pluridisciplinaire intégrant par exemple un médecin et une infirmière du site requérant et ainsi proposer une expertise adéquate et optimisée en termes de compétences.

La consultation de télé-médecine pourra ainsi permettre de réaliser un diagnostic en interrogeant et examinant le patient par l'intermédiaire de son médecin ou de son infirmière, vérifier l'ensemble des paramètres nécessaires à une prescription antibiotique appropriée, discuter l'iatrogénie ou les interactions médicamenteuses, les troubles psychiques, les adaptations de traitement ou de voies d'abord...

Evidemment, il sera important avant toute téléconsultation de poser l'indication ou une éventuelle contre-indication qui orienterait alors vers un acte de consultation classique qui doit toujours être possible. Par ailleurs il est nécessaire de recueillir le consentement de la personne ou de son représentant légal.

## LA TELEEXPERTISE :



Elle pourra permettre la discussion d'un dossier entre professionnels et l'acculturation des EHPAD au bon usage des antibiotiques. Ainsi pourront être réalisées des réunions de formation grâce à des outils créés par le service d'infectiologie (kit-BLSE) ou des supports des sociétés savantes.

## CE PROJET :

- ❖ Correspond à une analyse des besoins de santé. En effet, les données épidémiologiques de SPF et de la mission PRIMO confirment un pourcentage très élevé de BMR en EHPAD. [RAPPORT-PRIMO-PACA-ANNEE-2020-intermediaire.pdf](#)
- ❖ Peut contribuer à l'aménagement du territoire en matière de santé ;
- ❖ Les professionnels impliqués du service d'infectiologie du CHU de Nice ont déjà prouvé leur capacité à répondre aux besoins de la population en organisant une ligne téléphonique dédiée au conseil en infectiologie pour les professionnels de santé et des consultations de recours rapide ;
- ❖ Ce projet est approprié pour susciter le travail en réseau des professionnels de santé
- ❖ Ses objectifs thérapeutiques sont clairs : accès aux soins, public gérontologique ou isolé géographiquement, périmètre qui peut se développer facilement, thérapies ciblées sur le bon usage des antibiotiques et la gestion des bactéries multi résistantes, ainsi que sur la prévention ;
- ❖ La sécurisation et la fiabilisation des échanges de données sont garanties ainsi que l'agrément des solutions techniques, grâce à notre plateforme sécurisée Téléinfazur
- ❖ L'organisation est adaptée et protocolisée après une formation rapide des requérants, notamment les médecins coordonnateurs d'EHPAD ;

# Vaccination des seniors

- Covid 19: un rappel 2 fois par an – automne et au printemps (> 80 ans, ID)
- Grippe
- DT-polio tous les 10 ans
- Pneumocoque : Prévenar 20
- Zona
- VRS > 75 ans ou 65 et pathologie respiratoire



# Take-Home Message

Vrai leadership sur le thème et travail d'équipe, perspective EMA

Connaitre ses données et les suivre avec présentation annuelle en équipe

Les non-indications (consensuelles, marquées partout)

La nature des ATB + désétiquetter les allergies

Atteindre les  
cibles

Les durées d'Antibiothérapie 7 jours

Groupe BUA COPIL ARS :  
plaquette CRATB PACA + nouveau webinaire/ MG MCo 3 juin 2025?

Partenariat avec CPias EMH : Les PCI