

Mémoire

DU : Infirmier en Infectiologie

« Quelle place pour l'IDE antibioréférent en service
d'hospitalisation ? : *exemple dans la surveillance de la durée de
l'antibiothérapie dans les pneumopathies aiguës communautaires
non graves conformément aux recommandations de 2024.* »

Sommaire :

1. Introduction

2. Matériel et méthode

a. Pac

i. Définition

ii. Diagnostic

iii. Antibiothérapie

3. Mise en place du questionnaire

a. Questionnaire

i. Contexte et objectifs

4. Résultats

a. Résultat global

b. Résultat question par question

5. Discussion

a. Concept de l'antibioréférence

b. Interprétation des résultats du questionnaire

c. Proposition de solution

6. Remerciements

7. Bibliographie

8. Annexe

1. Introduction :

L'utilisation prolongée des antibiotiques favorise l'émergence et la propagation des résistances bactériennes.

L'infirmière peut jouer un rôle central dans la surveillance de la durée des traitements en veillant à ce que les prescriptions soient respectées et adaptées aux recommandations récentes.

De nouvelles recommandations concernant la prise en charge des PAC émise par la SPILF, et la SPLF en 2024. Nous avons donc élaboré un travail pour évaluer l'application, les connaissances et la sensibilisation des IDE et des médecins en service d'hospitalisation, permettant également de réfléchir au rôle de l'IDE antibioréférent.

2. Matériel et méthode :

a. PAC

i. Définition

La pneumopathie aigue communautaire est un processus infectieux qui se développe aux dépends du parenchyme pulmonaire, et qui est acquise dans un milieu extra hospitalier ou se déclarant moins de 48h après une hospitalisation

ii. Diagnostic

Pour la clinique, le diagnostic va se poser sur certains symptômes comme :

- De la fièvre ($> 38.5^{\circ}\text{C}$)
- Une toux sèche ou productive
- Des expectorations (parfois purulentes)
- Des douleurs thoracique (de type pleural ou liées à a toux)
- Des dyspnée
- Frissons
- Asthénie

Le diagnostic ne s'arrête pas là car l'examen physique est tout aussi important

- Crépitant localisés souvent à un lobe, basithoracique ou unilatéraux
- Présence d'un souffle

-Diminution du murmure vésiculaire

Pour ce qui est de l'imagerie, la radio ou l'échographie est à privilégier en 1^{ère} intention.

Pour les biomarqueurs, la CRP n'est pas une bonne indication pour une PAC lorsqu'elle est isolée, c'est à dire que ne se fier qu'à une CRP ne permet pas de diagnostiquer cette pathologie.

Selon le contexte, les biomarqueurs à prendre en compte sont : La NFS (hyperleucocytose), la PCT (élevée), les hémocultures et le gaz du sang si signe de gravité. Et bien sûr, en lien, la CRP.

Plusieurs examens microbiologiques seront intéressants pour ces recherches, dont l'ECBC (examen cyto bactériologique des crachats) et le PCR (polymérase chaîne réactionnel) panel haut et bas.

iii : Antibiothérapie

Le choix de l'antibiothérapie se fait en fonction des comorbidités et de la notion de gravité à la prise en charge initiale.

Dans notre travail, nous avons uniquement considéré les PAC sans signes de gravité ce qui correspond à une absence de critères majeurs qui sont : Le choc septique et détresse Respiratoire nécessitant une ventilation mécanique.

Tableau n°1

Pneumonie non grave			
	Tableau non évocateur de bactérie atypique		Tableau évocateur de bactérie atypique
	Molécule(s)	Alternative	
Sans comorbidités	Amoxicilline	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone)	Macrolides seuls
Avec comorbidités	Amoxicilline/acide clavulanique		
Réévaluation à 48h-72h			

Tableau n°2

Comorbidités modifiant le choix d'antibiothérapie probabiliste pour une PAC
Hospitalisation dans les 6 mois
Antibiothérapie dans le mois précédent (sauf furadantine, fosfomycine orale, pivmecillinam)
Éthylisme chronique
Troubles de la déglutition
Maladie neurologique sévère avec risque de fausses routes*
Néoplasie active
Immunodépression**
Insuffisance respiratoire chronique
Insuffisance cardiaque congestive
Insuffisance hépatique
Insuffisance rénale chronique (DFG<60mL/min)

Pour la durée des traitements, la SPILF (*société de pathologie infectieuse de la langue française*) propose des recommandations permettant de réduire le temps d'antibiothérapie en prenant en compte des critères de stabilité¹

En ce qui concerne les PAC, les recommandations de la SPILF, diffusée en novembre 2024, considèrent que si le patient est stable à J3 sans critères de gravité initialement, alors les antibiotiques peuvent être arrêtés à J3. Si au contraire, les critères de stabilités ne sont pas observés à J3, alors l'antibiothérapie sera poursuivie jusqu'à J5 avec réévaluation clinique. Les critères de stabilités sont alors réévalués. Si présence de ces critères, arrêt de l'antibiotique. Sinon poursuite jusqu'à J7. Au-delà, la poursuite du traitement doit être argumentée.

Tableau n°3

Critères de stabilités	Valeurs
Une température	$\leq 37^{\circ}8\text{ C}$
Pression artérielle systolique	$\geq 90\text{ mm Hg}$
Fréquence cardiaque	$\leq 100/\text{min}$
Fréquence respiratoire	$\leq 24\text{c}/\text{min}$
SpO2 ou PaO2	$\geq 90\%$ en air ambiant $\geq 60\text{ mm Hg}$ en air ambiant

3. Mise en place du questionnaire

Pour ce travail, nous avons proposé un questionnaire (Cf annexe n°1) auprès des soignants (IDE, internes et médecins) et de différents services : (Pneumologie, MIG (médecine interne et générale), UDOR (unité de diagnostic et d'orientation rapide) et SMIT (service des maladies infectieuses et tropicales)

Nous avons ensuite analysé les résultats afin de mettre ensuite en place des actions pour optimiser la connaissance de ces recommandations et leur application.

Un petit mémo sera distribué ensuite aux équipes sur les critères de stabilité, afin de permettre une meilleure évaluation auprès du patient sous antibiotiques.

a. Questionnaire

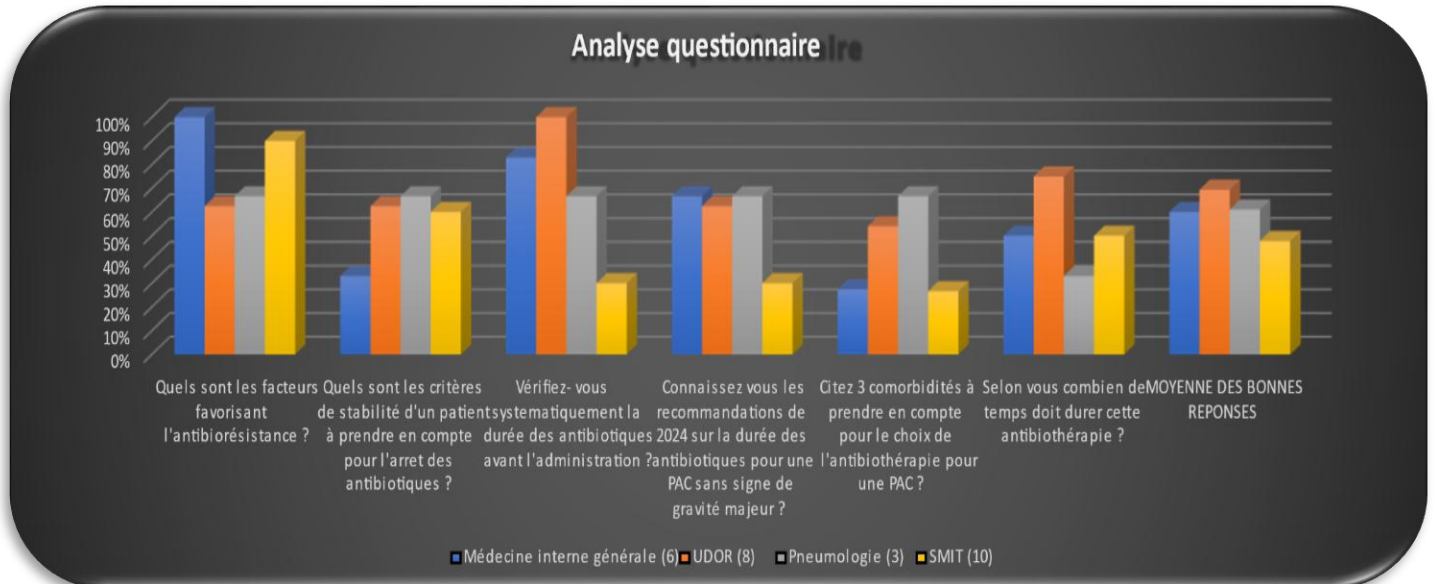
i. Contexte et objectif du questionnaire

Ce questionnaire évalue les connaissances des professionnels de santé sur l'antibiothérapie, leurs connaissances sur les nouvelles recommandations et sur la résistance bactérienne. Des sujets clés en médecine clinique.

L'objectif était d'évaluer les connaissances des facteurs d'antibiorésistance, des critères de prescription, de la durée du traitement et des recommandations récentes (2024) dans le cadre de la prise en charge de la pneumopathie aiguë communautaire (PAC).

4. Résultats

a. Résultat global



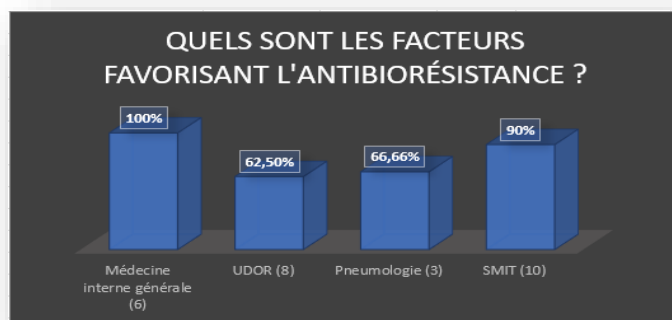
Dans cette analyse ci-dessus, comme on peut le voir, sur la question de la connaissance des nouvelles recommandations, à peu près, 40% des agents de tous services confondus ne sont pas au point là-dessus. De plus, si on prend les analyses du SMIT, sur la plupart des questions le taux de bonnes réponses est moins bon que les autres services.

Quarante questionnaires ont été distribués et 29 questionnaires nous ont été retournés. Lors de la distribution du questionnaire, 3 ont été récupérés de pneumologie (dont 2 internes et une IDE), 6 au MIG (2 internes, 3 IDE et un médecin), 8 en UDOR (5 IDE et 3 médecins) et 10 au SMIT (7 IDE et 3 internes). Ce travail est basé sur des volontariats de réponses, donc possiblement des réponses mises un peu aléatoirement.

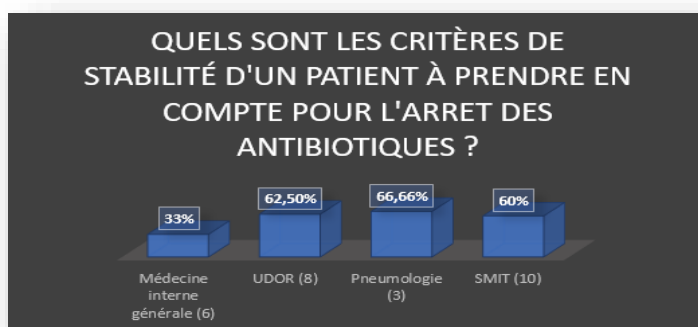
b. Résultats par questions

Question n°1 : *Quels sont les facteurs favorisant l'antibiorésistance ?*

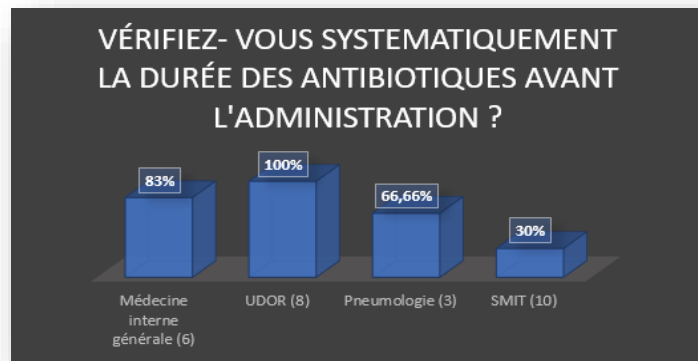
La médecine interne et la SMIT, plus exposées aux infections complexes, semblent mieux sensibilisées aux problématiques de résistance. L'UDOR et la pneumologie, bien que concernés, ont des marges d'amélioration.



Question n°2 : *Quels sont les critères de stabilité à prendre en compte pour l'arrêt des antibiotiques ?*

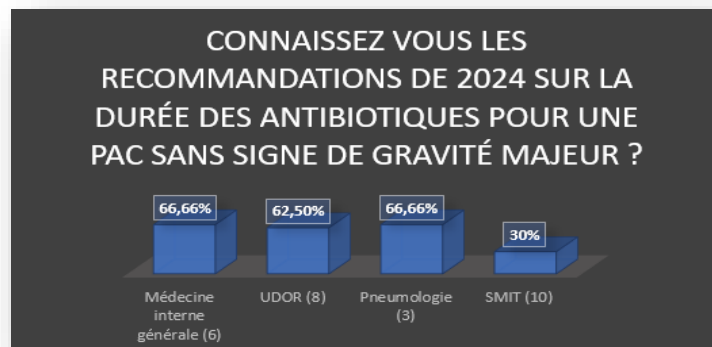


Question n°3 : *Vérifiez-vous systématiquement la durée des antibiotiques avant l'administration ?*



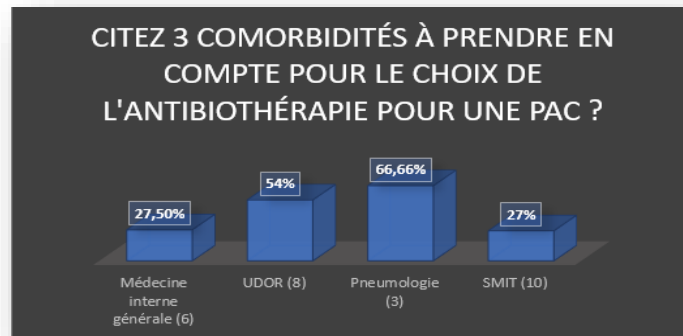
Question n°4 : *Connaissez-vous les recommandations 2024 sur la durée des antibiotiques pour une PAC sans signes de gravités ?*

Les agents en pneumologie sont souvent en première ligne dans la prise en charge des PAC, expliquant qu'ils pourraient avoir une bonne connaissance des recommandations. La médecine interne, confrontée à divers types d'infections, suit de près. En revanche, l'UDOR et même la SMIT pourraient renforcer leur mise à jour sur les dernières recommandations. L'utilité d'un antibioréférent peut être discutable sur cet intérêt ci.

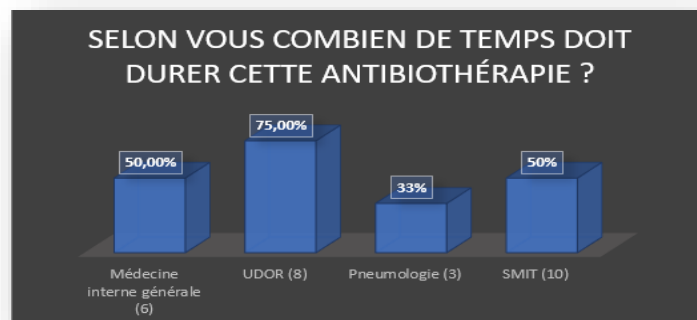


Question n°5 : *Citez 3 comorbidités influençant le choix de l'antibiothérapie pour une PAC ?*

Les agents en pneumologie sont les mieux placés pour identifier les comorbidités qui influencent le choix d'un antibiotique. Le SMIT et la médecine interne pourraient mieux intégrer ces critères dans leur prise en charge.



Question n°6 : *Selon vous, combien de temps doit durer une antibiothérapie ?*



5. Discussion

a. Concept de l'antibioréférent

Etiologiquement, le mot « antibioréférent » regroupe deux mots, « référent » et « antibiotiques ».

Un référent est *Une personne compétente pour exercer une mission spécifique au près d'un groupe et qui sert d'interlocuteur.*² Que ce soit auprès d'un organisme ou d'un groupe.

Un antibiotique (du grec *anti* : contre, et *biôtikos* : qui concerne la vie) *sont des substances chimiques, naturelles ou synthétique, qui ont une action spécifique sur les micro-organismes : bactéries ou protozoaires. Les médicaments qui contiennent une substance antibiotique ont donc pour effet d'inhiber ou de tuer des micro-organismes de façon ciblée, à l'exception notable des virus, sur lesquels ils sont sans effets*³.

En ce sens, un antibioréférent, est une personne qualifiée dans le domaine des antibiotiques. Du point de vue des compétences infirmière, l'antibioréférent va pouvoir suivre l'évolution des nouvelles recommandations, afin d'informer les services, de pouvoir former ses collègues, de mettre en place des protocoles infirmiers et de pouvoir assurer des consultations de suivi d'antibiothérapie (suivi des potentiels effets secondaire, surveillance des voies veineuses, surveillances des signes évolutifs d'infection, prescription d'examens complémentaires). En Occitanie et partout dans la France, des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) *sont des effecteurs de la politique régionale de bon usage des antibiotiques au niveau local.*⁴ Leurs missions sont de permettre la mise en place de plan d'action sur le bon usage des antibiotiques.

b. Interprétation des résultats du questionnaire

La médecine interne et la SMIT, plus exposées aux infections complexes, semblent mieux sensibilisées aux problématiques de résistance. L'UDOR et la pneumologie, bien que concernés, ont des marges d'amélioration.

Les agents en pneumologie sont souvent en première ligne dans la prise en charge des PAC, expliquant leur bonne connaissance des recommandations. La médecine interne, confronta à divers types d'infections, suit de près. En revanche, l'UDOR et même la SMIT pourraient

renforcer leur mise à jour sur les dernières recommandations. L'utilité d'un antibioréférent peut être discutable sur cet intérêt ci.

Les agents en pneumologie sont les mieux placés pour identifier les comorbidités qui influencent le choix d'un antibiotique. Le SMIT et la médecine interne pourraient mieux intégrer ces critères dans leur prise en charge.

Suite à cette analyse, on peut donc en déduire que certains points restent à exploiter.

L'antibioréférent pourra jouer un rôle impartial sur la connaissance et l'apprentissage aux autres agents. Il pourra faire des mises à jour des protocoles (ici pour la PAC) aux spécialités des services énoncés. Il pourra sensibiliser les agents à la surveillance accrue de l'antibiorésistance, et pourquoi pas organiser des formations utiles et intéressantes.

C. Proposition de solutions

Suite à cette analyse, on peut donc proposer certains points d'amélioration pour le bon usage des antibiotiques en hospitalisation :

- Formations utiles et intéressantes sur les mises à jour des recommandations sur la posologie, les durées.

Au-delà de ce travail, l'antibioréférent a son rôle. Il va être le représentant de ses collègues pour la gestion des antibiotiques, c'est-à-dire sur les effets secondaires, les modalités d'administration, etc...

Le but est de pouvoir toucher une grande partie des paramédicaux tout en faisant parcourir un petit mémo récapitulatif des critères de stabilité (Cf n°2).

Par ailleurs, en lien avec un collègue antibioréférent en consultation, nous avons suggéré une ETP semi partagée, c'est-à-dire que lorsqu'un patient sort d'hospitalisation sous antibiotiques, notre rôle sera de lui donner toutes les informations nécessaires pour sa gestion du traitement et la potentielle survenue d'effets indésirables, que notre collègue en suivi post hospitalisation reverra pour refaire un check up et gérer les éventuelles problématiques.

6. Remerciements

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à Monsieur Aumaître de m'avoir permis de participer à ce diplôme universitaire et pour la confiance qu'il m'a accordée au regard des responsabilités qui me sont confiées. Je remercie également le Docteur Colombain pour son encadrement et son suivi tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance à madame Portales, cadre de santé, pour son accompagnement lors de la mise en place du questionnaire et pour son suivi attentif de l'avancement du mémoire.

Enfin, je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à ce travail, notamment les agents ayant pris de leur temps pour répondre au questionnaire ainsi que mes collègues pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de cette démarche.

7. Bibliographie

Recommandations lors du congrès pour la journée de lutte contre l'antibiorésistance qui a eu lieu le 14 novembre 2024

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jra/jra-en-region/occitanie/3-recos-pac-2024-jra-larcher.pdf>

Définition du « LAROUSSE » sur site web :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9rent/187690>

Selon la définition du VIDAL :

<https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/antibiotiques/antibiotiques-c-est-quoi.html>

<https://www.occitanie.ars.sante.fr> « Cahier des charges des Equipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie d'Occitanie » en lien avec l'ARS Occitanie

8. Annexe

N°1 Questionnaire :

Concernant l'antibiothérapie des pneumopathies aiguës communautaires (PAC)

- Quels sont les facteurs favorisant l'antibiorésistance ?

1. L'âge avancé des patients
2. La durée des traitements trop longue
3. Une allergie aux antibiotiques
4. L'automédication

- Quels sont les critères de stabilité à prendre en compte pour l'arrêt des antibiotiques ?

1. Température supérieure à 38°C
2. Fréquence cardiaque \leq ou $=$ à 100bpm
3. Saturation en AA \leq à 95 %
4. Fréquence respiratoire \leq ou $=$ à 24 C/min

- Vérifiez-vous systématiquement la durée des antibiotiques avant l'administration ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

- Connaissez-vous les recommandations de 2024 sur la durée des antibiotiques pour une PAC sans signe de gravité majeur ?

Oui

Non







- Citez 3 comorbidités à prendre en compte pour le choix de l'antibiothérapie pour une PAC ?

- Selon vous, combien de temps doit durer cette antibiothérapie ?
 1. 3 à 7 jours
 2. 7 à 15 jours
 3. 10 à 15 jours

- Comment est organisée la transmission des informations liées à la durée des antibiotiques entre équipes ?

N°2 : mémo récapitulatif

Critères de stabilité clinique

Critères	Valeurs seuils
 Température	$\leq 37,8^{\circ}\text{C}$
 Pression artérielle systolique	$\geq 90 \text{ mm Hg}$
 Fréquence cardiaque	$\leq 100/\text{min}$
 Fréquence respiratoire	$\leq 24/\text{min}$
 Saturation en O_2 (SpO_2)	$\geq 90 \%$ en air ambiant
 Pression partielle en O_2	$\geq 60 \text{ mm Hg}$ en air ambiant

Durée d'antibiothérapie pour une PAC sans signes de gravités

- Stabilité à J3 arrêt
- Si non, prolongation à J5 avec réévaluation
- Poursuite jusqu'à J7 max

Ne prend pas en compte les PAC graves :

- Choc septique
- Détresse respiratoire nécessitant une ventilation mécanique