

# 20° JOURNÉE DES RÉFÉRENTS EN ANTIBIOTHERAPIE (JRA)

11 JUIN 2025 - TOURS



**Liens des référents avec le territoire :**  
**CPTS/médecins**  
**généralistes/EHPAD/rédactions de**  
**conventions**



Samy TAHA, médecin généraliste au CRAtb Île-de-France  
Aucun lien d'intérêt à déclarer



# L'ÉQUIPE DU CRAtb

ÎLE-DE-FRANCE



MARIE-ANNE  
**BOULDOUYRE**

**Responsable du CRAtb**  
Médecin infectiologue



LOUISE  
**NUTTE**

Médecin Généraliste



BASTIEN  
**MOLLO**

Médecin infectiologue



FLORENCE  
**STORDEUR**

Pharmacien  
Hospitalier



SAMY  
**TAHA**

Médecin Généraliste



REBECCA  
**BAUER**

Biostatisticien



ÉMILIE  
**MEDIO**

Pharmacien  
d'officine



JOHANNA  
**QUILLEC**

Chargée  
de communication



 **01 40 27 19 84**

A decorative graphic consisting of four circles of varying sizes and shades of blue and grey, arranged in a cluster in the upper left quadrant of the slide.

**1**

# L'OFFRE DE SOIN AMBULATOIRE

# Les structures d'exercice coordonné

Cabinet de groupe

Regroupement de professionnels de santé libéraux sous le même toit

Communauté professionnelle territoriale de santé - CPTS



Coordination de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire le souhaitant autour d'un projet de santé contractualisé avec l'ARS

## Equipes de soins primaires

Maison de santé pluriprofessionnelle MSP

Regroupement géographique pluriprofessionnel de libéraux autour d'un projet de santé commun

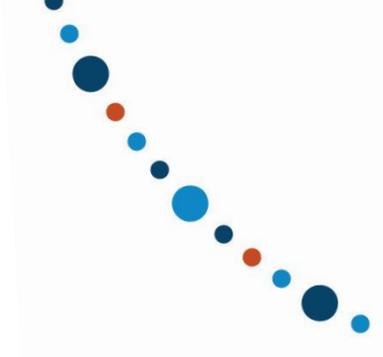
Centre de santé CS

Structure d'exercice salarié avec actions de santé

## Les structures d'exercice coordonné

Communautés professionnelles  
territoriales de santé - CPTS

- **Groupement vaste** : libéraux, équipes de soin primaire, établissements médico-sociaux, associations d'usagers, services sociaux des municipalités,...
- Réunis au sein d'une même structure (volontariat pour le moment) autour d'un **projet de santé validé et financé par l'ARS sur 3 ans**.
- Il y a un(e) président(e) de la CPTS ainsi qu'un(e) coordonnateur/trice.
- Ce projet de santé doit répondre à **6 missions qui sont les mêmes pour toutes les CPTS**.
- Les actions se déclinent sous forme de **fiches-action et doivent être pluriprofessionnelles**. Des dialogues annuels avec ARS/CPAM permettent de proposer de nouvelles fiches-actions.



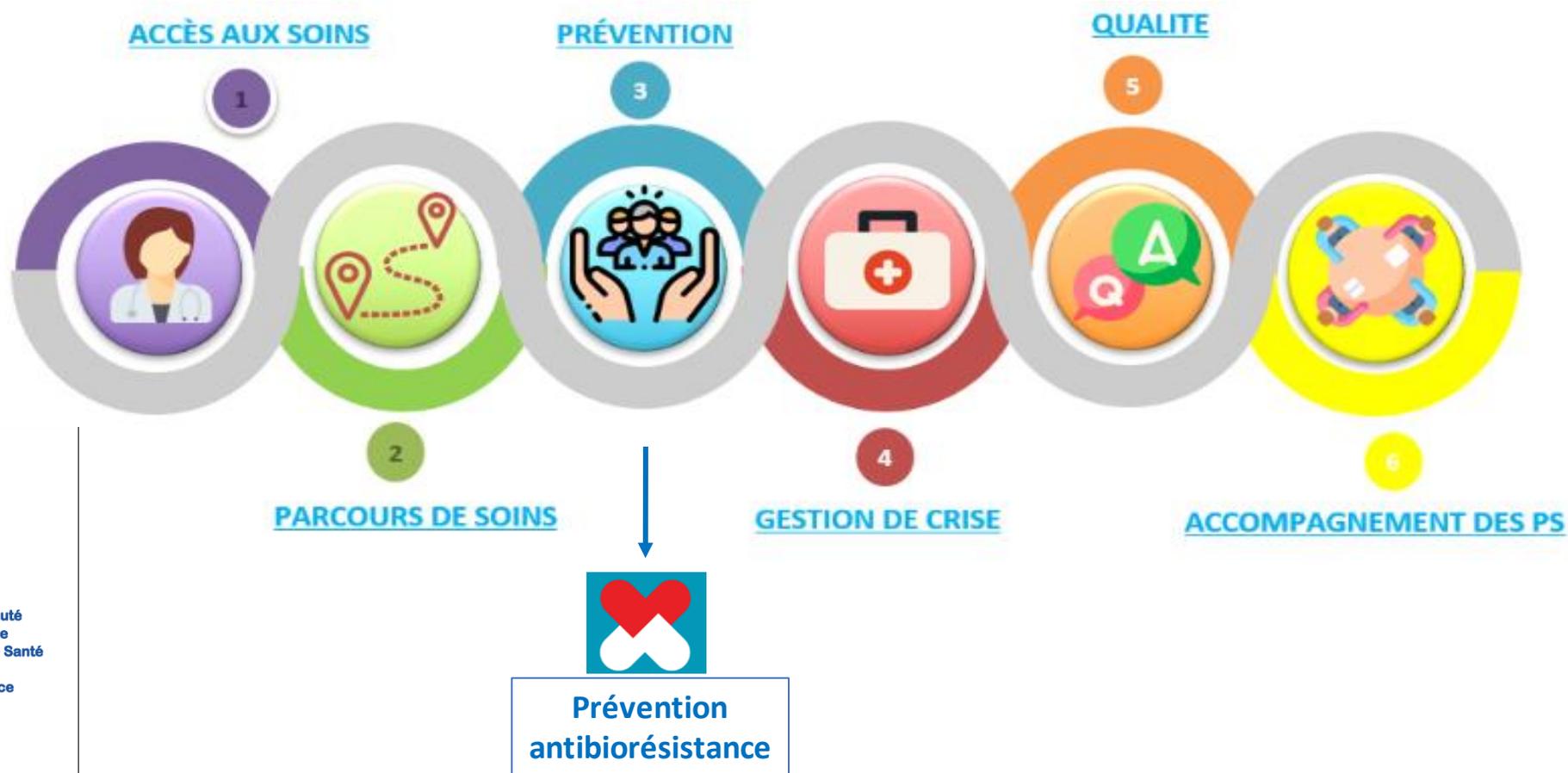
## Le financement des CPTS

- **En fonction de la taille (1 à 4)**
  - Taille 1 < 40 000 habitants sur le territoire/ Taille 4 > 175 000 habitants
- Divisé en part fixe et variable (en fonction d'**indicateurs de résultat**)
- **Financement variable** en fonction du projet et de la taille de la structure (jusqu'à 580 000 euros maximum pour une CPTS de taille 4)
- **Utilisation flexible à l'initiative de la structure**, par enveloppe :
  - Rémunérer coordinateur/trice, président(e), intervenant(e), etc...
  - Payer les charges : Loyer, site internet, etc...
  - Rémunérer le temps dédié sur les projets : temps de réunion, temps de travail personnel, etc...
  - Financer les projets : matériel, interventions humaines, etc...

# Le cahier des charges des CPTS

4 missions obligatoires (socle)

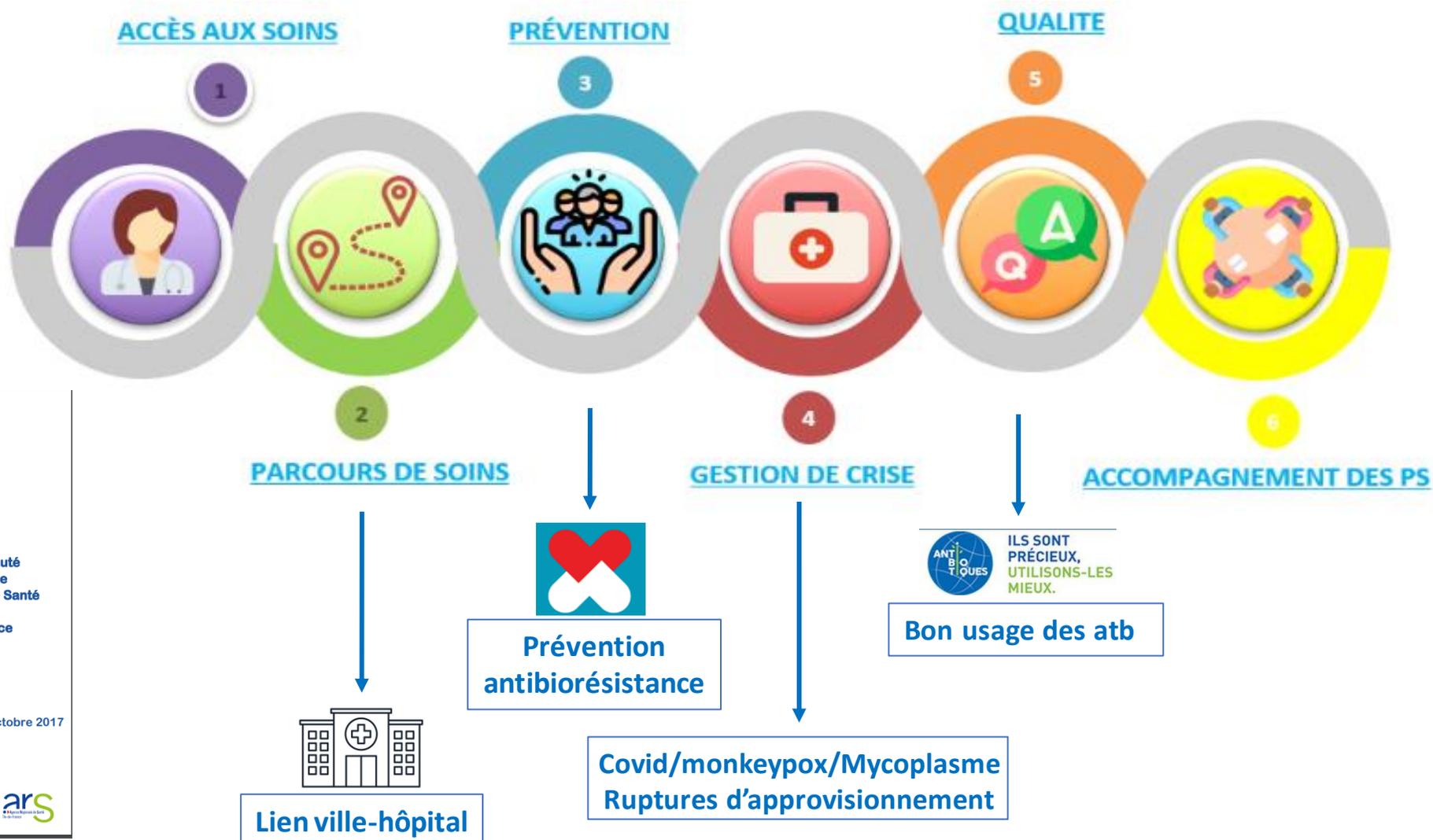
2 missions optionnelles



# Le cahier des charges des CPTS

4 missions obligatoires (socle)

2 missions optionnelles



**GUIDE**

Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France  
Guide pratique

Octobre 2017

ars

# Co-construction de fiches-action : exemple pour la mission « qualité » dans une CPTS du 92

## MISSION COMPLÉMENTAIRE N°5 : ACTIONS EN FAVEUR DE LA QUALITE ET LA - PERTINENCE DES SOINS

MISSION COMPLÉMENTAIRE 5	
ACTIONS EN FAVEUR DE LA QUALITE ET DE LA PERTINENCE DES SOINS	
OBJECTIF GÉNÉRAL	5.2. PREVENIR DE L'ANTIBIORESISTANCE, FAVORISER LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES
RÉFÉRENTS	
ACTEURS À ASSOCIER À L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membres CPTS : en particulier médecins généralistes, pédiatres, pharmaciens, ESMS, biologistes des laboratoires, IDE</li> <li>- Equipe multidisciplinaire en antibiothérapie (EMA) du territoire</li> <li>- Service d'infectiologie de l'Hôpital Bécclère Centre Régional en Antibiothérapie - Île-de-France (CRAtb IDF) et ambassadeur du Bon Usage des Antibiotiques sur le territoire</li> </ul>
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser le Bon usage des Antibiotiques : la bonne molécule, dans la bonne indication, à la bonne posologie et pour la bonne durée, en particulier en cas de tensions d'approvisionnement</li> <li>- Favoriser la coopération médecin/pharmacien dans le Bon Usage des Antibiotiques</li> <li>- Favoriser et améliorer le conseil en infectiologie pour les professionnels de santé de du territoire et dans les établissements médico-sociaux du territoire</li> <li>- Faciliter le parcours patient en infectiologie</li> </ul>

<b>MOYENS ENVISAGÉS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps de coordination et de secrétariat</li> <li>- Proposer une formation pluriprofessionnelle par an lors d'une soirée sur un sujet autour du bon usage des antibiotiques</li> <li>- Groupe de travail médecins/pharmaciens afin d'identifier les besoins de chacun et de mettre en place des protocoles de substitution des molécules antibiotiques pour les pharmaciens dans plusieurs pathologies fréquentes en cas de tension d'approvisionnement</li> <li>- Promouvoir l'utilisation d'antibio<sup>®</sup> par tous les professionnels de santé, en particulier par les pharmaciens</li> <li>- Mettre en place un partenariat avec les infectiologues du territoire afin de faciliter les avis et la télé-expertise en infectiologie et en antibiothérapie : ligne d'avis, facilitation du parcours patient, télé-expertise</li> </ul>
<b>INDICATEURS</b>	<p><b>Indicateurs de résultats :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de la soirée de formation et nombre de participant</li> <li>- Mise en place de protocoles de substitution d'antibiotiques en cas de tension d'approvisionnement</li> <li>- Nombre de professionnel de santé de la CPTS utilisant antibio<sup>®</sup> (données CRAtb)</li> <li>- Rencontre de la CPTS avec le médecin ambassadeur du CRAtb IDF pour présentation de la charte d'engagement dans le Bon Usage des Antibiotiques</li> <li>- Mise en place du partenariat effectif avec les infectiologues du territoire : nombre d'avis téléphoniques ou de télé-expertises</li> <li>- A plus long terme : nombre d'ESMS engagés dans la charte du Bon Usage des Antibiotiques (si médecin ambassadeur sur le territoire)</li> </ul>

# Stratégie de BUA en CPTS : en pratique

Communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS

## Réseau large de pro médico-sociaux

Qu'il est possible d'intégrer pour se coordonner

## Être identifiable par les acteurs du territoire

Facilite grandement la coopération

## Co-construire des projets (fiches actions)

Travailler avec tous les acteurs de terrain

## Proposer des indicateurs à échelle concrète

Suivi des actions et utiles pour le financement



## Structures très variables

Pas de modèle uniforme possible

## Compétition avec d'autres enjeux

Et un temps dédiable réduit

## Rapport des MG au BUA variable

Au sein d'une meme structure

## Inertie dûe à la taille de la structure

Projets longs à mettre en place (vs MSP)

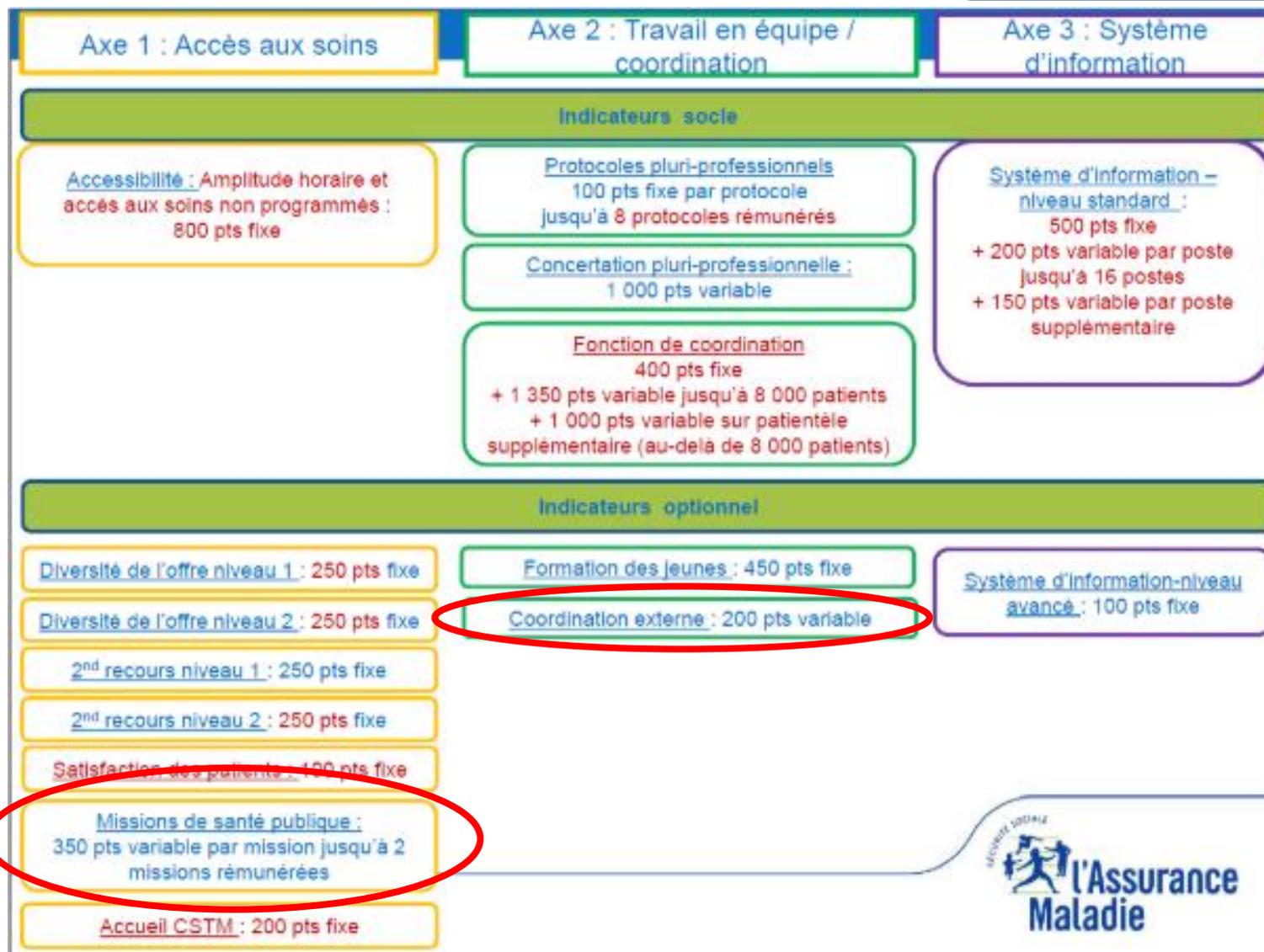
# Les structures d'exercice coordonné

Maison de santé  
pluriprofessionnelle MSP

- Plusieurs professionnels de santé libéraux de premier recours :
  - Au moins 2 médecins **généralistes** + 1 autre professionnel **paramédical**
  - Parfois médecins spécialistes (secteur 1 ou secteur 2 optam)
- Qui exercent le plus souvent dans le même local (possibilité de MSP pluri-site).
- **Ce sont des lieux de soin.**
- Ont élaboré un **projet de santé commun** et reçoivent des subventions (en moyenne 70 000 euros/an).
- Il y a une fonction de **coordination**.
- Le projet de santé est divisé en axes qui sont divisés en missions. Ces axes et missions sont **obligatoirement pluriprofessionnels**.

# Le financement des MSP

Maison de santé pluriprofessionnelle MSP



## Stratégie de BUA en MSP : en pratique

Maison de santé  
pluriprofessionnelle MSP

- ➔ Le projet de santé est construit autour d'un thème fédérant l'équipe et valorisé. Mais il est possible d'aller au-delà de ce financement.
- ➔ Ce sont des **lieux de soins**, les indicateurs de financement sont plus centrés sur le parcours de soin...
- ➔ ...Mais possibilité d'axer les actions sur des **protocoles de coordination et de coopération externe**.
- ➔ Ce sont des **structures à taille humaine** permettant une **coopération plus simple** et la mise en place d'**actions de BUA simples et concrètes**.
- ➔ Ce sont des **portes d'entrée vers la CPTS du territoire et vice-versa**
- ➔ Ce sont des **lieux de formation universitaire** : Maitres de Stages Universitaires plus intéressés par la Formation Médicale Continue, plus au fait de l'importance du BUA, travaux de thèse de médecine générale en rapport avec le BUA,...

# Les structures d'exercice coordonné

Centre de santé CS

- Plusieurs catégories : médicaux, infirmiers, dentaires. Le plus souvent réunissent **plusieurs professions**.
  - **Beaucoup de gestionnaires possibles** : organismes à but non lucratif, collectivités territoriales, établissements publics de santé, établissements privés de santé (à but lucratif ou pas), sociétés coopératives d'intérêt collectif.
  - Tiers payant obligatoire.
  - Les professionnels de santé qui y exercent sont **salariés**. Une personne est **coordonnateur/trice du CdS** et travaille avec le gestionnaire : **notion de « hiérarchie »**.
  - Seule obligation légale : **un projet de soin répondant à un besoin territorial** et un règlement de fonctionnement.
- ➔ En pratique : **grande hétérogénéité des centres de santé en fonction du gestionnaire** : Du centre municipal de santé très engagé, au centre privé à but lucratif sans projet de santé et privilégiant le volume...



2

**Les CPTS/Médecins généralistes**



# Des objectifs individuels orientés vers le BUA pour les MG

## La Rosp du médecin traitant de l'adulte

La rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant de l'adulte, annuelle et ouverte à tout médecin traitant libéral et conventionné, permet de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée.

Elle repose sur **29 indicateurs** de pratique clinique :

### Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
45 %	20 %	5 patients	35

### Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3e et 4e générations ; fluoroquinolones)

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
52 %	≤ 32 %	5 patients	35

## LES ENJEUX DE LA ROSP DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

La rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant de l'enfant, annuelle et ouverte à tout médecin libéral et conventionné (généraliste, pédiatre ou autre) ayant été désigné comme médecin traitant de l'enfant, permet de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée.

Elle est calibrée sur un volume moyen de 600 patients, pondérée selon la taille réelle de patientèle.

Elle repose sur **10 indicateurs** :

### Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
52 %	≤ 11 %	5 patients	35

### Part des patients MT de 4 ans et plus traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques

Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Points
31 %	≤ 7 %	5 patients	35

# Les MG attendent un pair pour du BUA

Perception de l'intérêt de la création d'un réseau de médecins généralistes ambassadeurs en antibiothérapie. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région Grand-Est.

Samia KABOUCHE    Souad KHARROUBI    Le 10 octobre 2023

Dans cette étude, l'auto-évaluation est en général préférée par les MG. L'hétéroévaluation, quant à elle, reste encore source de méfiance.

Les audits ont ainsi toute leur place dans l'évaluation des pratiques.

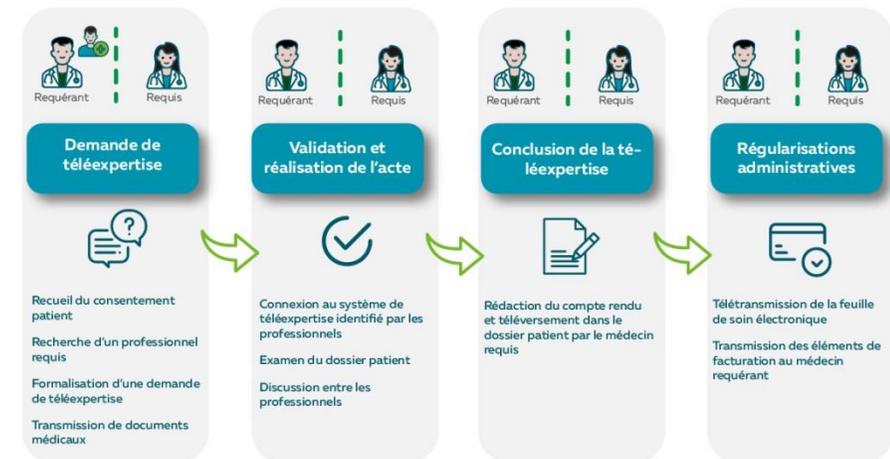
De même, les médecins pensent que le statut de MGA sous-entend une certaine forme de hiérarchie qui serait rejetée par les autres MG. Certains craignent de se sentir jugés et dévalorisés.

## ET EN MEME TEMPS...

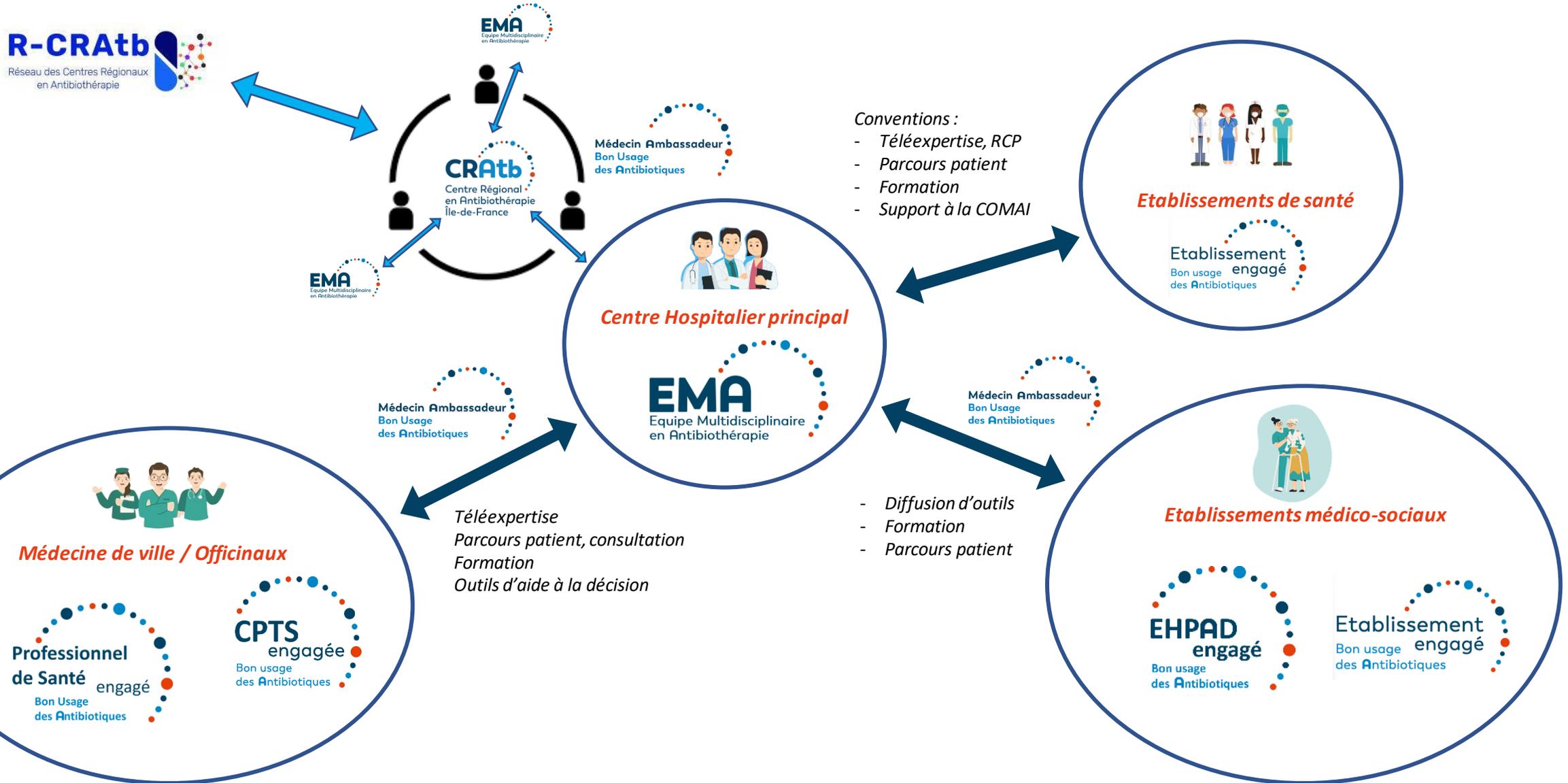
Une deuxième crainte souvent évoquée est celle du manque de crédibilité du MGA face à leurs confrères. En effet, la plupart des médecins interrogés disent être plus rassurés par l'avis d'un spécialiste en infectiologie lorsque la situation clinique rencontrée dépasse leurs compétences. Ainsi, ils ne se sentiraient pas légitime pour apporter des réponses aux questions de leurs confrères.



COMPOSEZ LE : 01 75 62 22 92



# Organisation entre nouveaux acteurs du BUA sur le territoire



## L'ambassadeur du BUA : Retour d'expérience

- **Profil :**

Médecin généraliste **en recherche de diversification d'activité**

**Rattachement au CRAtb IdF**

**Identifiée sur le territoire** pilote : installée dans le XXème arrondissement

Temps de travail : **0,2 ETP**

- **Actions réalisées :**

Participation à l'**élaboration de la charte francilienne du BUA et du rôle de l'ambassadeur**

**Contact** des CPTS et des EHPAD du XXème (arrondissement pilote)

**Rencontre présentielle** avec les acteurs de terrain (med co, directeurs EHPAD, coordinateurs CPTS, MG)

Signatures de **chartes** (3 EHPAD et la CPTS du XXème)

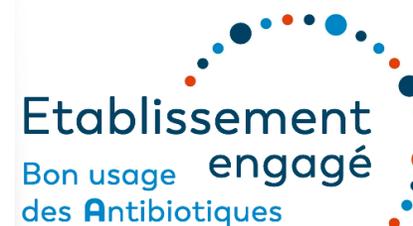
Réalisation de **formations** à destination des paramed sur les IU en EHPAD

**Elaboration de supports de communication** en accord avec les attentes des acteurs de terrain

# Un cadre pour s'engager : La Charte francilienne du BUA

## Engagement du partenaire (CPTS, EHPAD, ESMS etc.)

- **Axe de formation et d'actualisation des connaissances :**
  - session de formation, avec le support de l'EMA du territoire
- **Axe de communication facilitant le Bon Usage des Antibiotiques :**
  - mettre à disposition des supports de communication
  - Diffusion de la newsletter, invitations aux webinaires
  - Répondre aux besoins des structures avec élaboration de supports
- **Axe de coopération territoriale :**
  - travailler avec l'EMA (éventuellement via l'ambassadeur du BUA du CRAtb si possible) dans le cadre des formations, des supports de communication et des retours de terrain concernant les initiatives territoriales (télé-expertise, parcours de soins spécifiques) afin de les faire évoluer.



## Engagement de l'EMA/du CRAtb :

- appui logistique et humain, dans la limite de ses propres capacités, via un ambassadeur du BUA dans l'idéal
- lien avec la structure pour avoir des retours sur ses missions vers la ville
- bulletin local de consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes, fournis avec l'appui du CRAtb

# Axe 1 : Webinaire sur des sujets d'actualité

cpts 20

## VRS/COVID-19/Grippe actualités et divergences

Pr Gilles Pialoux  
Mercredi 28/2/2024



## Augmentation des infections à *Mycoplasma pneumoniae*

Dr Marie-Anne Bouldouyre,  
médecin infectiologue au Centre Régional en Antibiothérapie - Île-de-France & Hôpital Saint-Louis

Centre Régional en Antibiothérapie Île-de-France :  
Un nouvel acteur régional  
au service du Bon Usage Antibiotique (BUA)

Présentation à la CPTS Paris 20, 28 février 2024  
Dr Cécilia PIZZOCOLO & Dr Marie-Anne BOULDOUYRE



## **Axe 2 : Diffusion des newsletters et des outils**

## Axe 2 : Diffusion des newsletters et des outils



# Axe 2 : Diffusion des newsletters et des outils

## LES ANTIBIOTIQUES

- NE SONT PAS LA SOLUTION À TOUTES LES INFECTIONS
- NE PEUVENT RIEN CONTRE LES MALADIES D'ORIGINE VIRALE (rhume, rhinopharyngite, grippe, bronchite aiguë, la plupart des angines)
- NE SOULAGENT PAS DIRECTEMENT LES SYMPTÔMES (fièvre, toux, maux de tête, troubles digestifs, courbatures)
- NE PERMETTENT PAS DE GUÉRIR PLUS VITE D'UNE INFECTION VIRALE

## Pas de prescription d'antibiotiques si :

### RHINOPHARYNGITE (RHUME)

Fièvre : 2-3 jours

Toux : 1 à 3 semaines

Nez bouché ou qui coule (blanc, jaune ou vert) : 7 à 12 jours

### GRIPPE

Fièvre, courbatures : 2-4 jours

Toux : 2 à 3 semaines

Fatigue : plusieurs semaines

### BRONCHITE AIGUE

Fièvre : 2-3 jours

Toux : 1 à 3 semaines

**TRAITEMENT DES SYMPTÔMES**

**HYDRATATION**

**PREVENTION**

Lavage des mains / SHA

Port du masque chirurgical

Vaccination



Centre Régional en Antibiothérapie Île-de-France





EHPAD engagé  
Bon Usage des Antibiotiques

### PAS D'ANTIBIOTIQUE dans les cas suivants:

- Bronchite aiguë
- Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif
- Rhinopharyngite
- Furoncle simple
- Morsure / griffure mineure
- Diarrhée simple sans fièvre
- Plaie ou escarre si pas d'infection objectivée
- Bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)

**Traitement symptomatique Réévaluer à 48 h**

### Antibiotiques générateurs de résistance

- **Spectre d'action** = activité contre types de bactéries
- **Antibiotiques générateurs de résistance** :
  - Anti-gram - : ex fluoroquinolones
  - Anti-anaérobies : ex ac. clavulanique
  - Elimination biliaire : ex ceftriaxone
  - Très large spectre : ex pénèmes
- Pas de FQ en probaliste si prescrit < 6 mois précédents

VILLE	
USAGE PRÉFÉRENTIEL	INDICATIONS RESTREINTES
Pénicillines	Amoxicilline/ac clavulanique
Macrolides et apparentés	Azithromycine
Cyclines	
Aminosides	
Anti-anaérobies azolés	Céphalosporines
Fosfomicine,	Fluoroquinolones
Nitrofurantoïne	Rifampicine

### Antibiotiques et personne âgée

- Fonction rénale altérée : **adapter la posologie.**
- Polymédication : **risque d'interactions majoré.**
- **Effets secondaires majorés** : diarrhées, infections à *C. difficile*, candidose buccale, confusion.
- **Limiter la pression de sélection** : respecter les indications, privilégier spectre étroit, durée courte, limiter les associations.

Recommandations destinées aux prescripteurs, à partir des recommandations ANSM, HAS,

### Résistances bactériennes supérieures en Île-de-France, notamment en EHPAD !

En soins de ville

Resistances à l'antibiotique aux CRU

Clés 2022 < 27%

5,2%

3,3%

En EHPAD

Clés 2022 < 29%

15,5%

8,5%

Resistances à l'antibiotique aux Pharmaciennes

Clés 2022 < 10%

13,7%

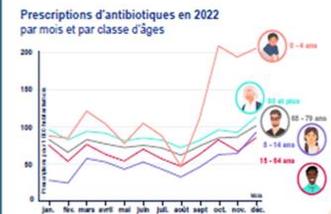
12,6%

Clés 2022 < 16%

24,6%

18,7%

Prescriptions d'antibiotiques en 2022 par mois et par classe d'âges



### Allergie aux pénicillines

- **Allergies croisées** pénicillines-céphalosporines: RARES 3 %
- **Seuls 10%** des patients étiquetés allergiques le sont vraiment
- **Cl céphalosporines** : uniquement si allergie de type I aux pénicillines (urticaire, syndrome de Stevens Johnson, bronchospasme, Quincke, choc anaphylactique)
- **Intolérance digestive** : ne contre-indique pas pénicilline !

Bonne indication, bonne molécule, bonne posologie, bonne durée



Île-de-France

## Antibiothérapie en EHPAD

Recommandations de prescription pour un bon usage antibiotique (BUA)



Île-de-France

### SPHÈRE RESPIRATOIRE

Rhinopharyngite / Bronchite / Trachéobronchite

⇒ Traitement symptomatique / PAS D'ANTIBIOTIQUE

Pneumopathie aiguë

⇒ PAS DE BI-ANTIBIOTHÉRAPIE EN PREMIÈRE INTENTION

⇒ RÉÉVALUATION SYSTÉMATIQUE À 48-72H

**DURÉE** : J5 si évolution favorable (\*), sinon J7  
 (\* **Ts ≤ 37,8°C et ≥ 3 signes de stabilité clinique** parmi :  
 TAS ≥ 90mmHg - FR ≤ 24/mn - FC ≤ 100bpm - SpO<sub>2</sub> ≥ 90%)

⇒ toux n'est pas un critère de non-amélioration !

**SIMPLE** : Amoxicilline + acide clavulanique 1g x 3/j (car sujet âgé)  
 Si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j  
 Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

**INHALATION** : Amoxicilline + ac. clavulanique 1g x 3/j IV/PO  
 OU Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

⇒ fausse route ≠ pneumopathie d'inhalation: pas d'antibiotique !

**SÉVÈRE OU ÉCHEC À 48 HEURES** : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Azithromycine 500mg J1 puis 250mg de J2 à J5

Exacerbation BPCO

⇒ **STADE II** : *dyspnée d'effort, symptômes chroniques inconstants*  
**PAS D'ANTIBIOTIQUES !**

⇒ **STADE II ET EXPECTORATIONS FRANCHEMENT PURULENTES** :  
 Amoxicilline 1g x 3/j (5 jours)  
 Si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j (5 jours)

⇒ **STADE III** : *dyspnée repos, symptômes chroniques quasi constants ou > 4 épisodes/an* :  
 - Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j (5 jours)  
 Si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j (5 jours)  
 Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC (5 jours)

# Axe 2 : Diffusion des newsletters et des outils

DATE : ..... CACHET ET SIGNATURE MÉDECIN

NOM DU PATIENT : .....

## Ordonnance pour infection virale

**LES ANTI-BIOTIQUES**  
ne sont pas prescrits

Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotique.

MALADIES DUES À UN VIRUS	DURÉE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES	MESURES POUR SE PROTÉGER DES INFECTIONS VIRALES
<b>RHINOPHARYNGITE (RHUME)</b> Toujours virale	• Fièvre : 2-3 jours • Nez bouché et/ou qui coule (sécrétions blanches, jaunes ou vertes) : 7-12 jours • Toux : 1-3 semaines	
<b>COVID-19</b> Toujours virale	• Signes peu spécifiques et variables : rhume, mal à la gorge, toux... : 7-10 jours	
<b>GRIPPE</b> Toujours virale	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours • Toux : 2-3 semaines • Fatigue : plusieurs semaines	
<b>ANGINE VIRALE</b> Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif	• Fièvre : 2-3 jours • Mal à la gorge : 7 jours	
<b>BRONCHITE AIGUË</b> Toujours virale	• Fièvre : 2-3 jours • Toux : 2-3 semaines	
<b>OTITE AIGUË</b> Le plus souvent virale	Fièvre, douleur : 3-4 jours	
Si la fièvre persiste, si les symptômes s'aggravent ou si d'autres symptômes apparaissent (notamment difficultés ou gêne pour respirer), vous devez (re)consulter votre médecin		

Source visuelle : Affiche d'information consensuelle - postériorité nous tenons les uns les autres campagne Covid19

### Commentaires du médecin et/ou du pharmacien :

### Pour soulager vos symptômes :

- Buvez de l'eau régulièrement, même si vous ne ressentez pas la soif.
- Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

### En savoir plus sur les antibiotiques :

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables : allergies, diarrhée...
- Plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes. Les bactéries résistantes peuvent être la cause d'infections contagieuses, difficiles à guérir.
- **Les antibiotiques sont uniquement actifs sur les bactéries, pas sur les virus.**
- **En cas d'infection virale, avec ou sans antibiotique, vous ne guérirez pas plus vite !**
- Plus d'informations : <https://www.sante.fr/antibiogramme>



Fiche élaborée par un groupe de travail interrégional associant des professionnels de santé et des représentants des usagers et d'associations



Adaptation de l'Ordonnance de non prescription du Ministère des Solidarités et de la Santé et de l'Assurance Maladie

CRAtb Ile-de-France Centre Régional en Antibiothérapie - Ile-de-France

## ANTIBIOTHÉRAPIE DES ENFANTS EN VILLE

Infektions OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES  
Infections RESPIRATOIRES BASSES  
Infections URINAIRES  
Infections DIGESTIVES  
Infections CUTANÉES  
ANTIBIOPROPHYLAXIE MÉDICALE

**GPIP**  
Société Française de Pédiatrie

**E. PILLY**

Adapté à partir du : Guide de prescription d'antibiotiques 2023 du Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) de la Société Française de Pédiatrie (lien version française & lien version anglaise) coordonné par le Pr Robert Cohen, Journal de pédiatrie et de puériculture Juin 2024. (lien)  
E. PILLY Maladies Infectieuses et Tropicales, Edition AlinéaPlus, 27ème Edition, 2020.  
Les Référentiels des collages. Pédiatrie, Edition Elsevier Masson, 9ème Edition, 2024.

VI\_Octobre 2024

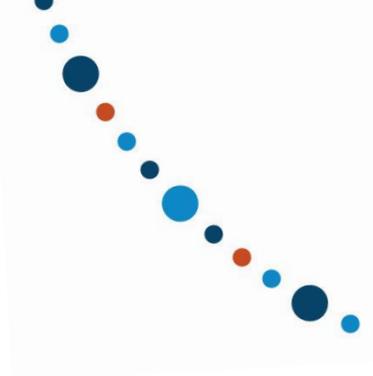
### Antibiothérapie des infections OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES des enfants en ville

VI\_Octobre 2024

<b>INFECTIONS D'ORIGINE VIRALE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otite sévère</li> <li>• Otite congestive</li> <li>• Rhinopharyngite</li> <li>• Angine TDR SGA (Streptocoque Groupe A) négatif</li> <li>• Laryngite</li> <li>• Parotidite</li> </ul> <p><b>PAS D'ANTIBIOTHÉRAPIE</b></p>	<b>OTITE MOYENNE AIGUE PURULENTE (OMAP)</b> <p>&lt; 2 ANS Traitement d'emblée Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j Si allergie : Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j Si syndrome otite-conjonctivite (H. influenzae : &gt; des R par Pase): Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j ou Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j Si allergie : Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j</p> <p>&gt; 2 ANS - Bien tolérée : pas d'antibiothérapie et surveillance 48H Traiter si persistance symptômes &gt; 48H, mêmes schémas - 5 j - Formes sévères (fièvre élevée / otalgie intense) : Traitement d'emblée, mêmes schémas - 5 j - Formes compliquées (perforées ou récidivantes) : Traitement d'emblée, mêmes schémas – 10 j Si otorrhée : Faire TDR SGA sur pus • TDR SGA+ : Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 6 j • TDR SGA – : Amoxicilline 80-100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j ou Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j</p>	<b>PAROTIDITE AIGUE D'ALLURE BACTÉRIENNE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pus canal Sténon / aspect abcédé / CRP élevée</li> <li>• Si nouveau-né = infection grave = Hospitalisation</li> </ul> <p>Amox-ac. clav 80 mg/kg/j PO ou 100-150 mg/kg IV en 3 prises (max 4 g/j) – 10 j Si allergie : Cotrimoxazole 30 mg/kg/j SMX en 2 prises (max 1600 mg/j) – 10 j</p>
<b>ANGINE TDR SGA +</b> Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 6 j Si allergie : Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 5 j ou Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises (max 500 mg/j) – 5 j	<b>SINUSITE MAXILLAIRE OU FRONTALE</b> Traitement si : frontales / maxillaires aiguës sévères (T > 39°, céphalée, rhinorrhée purulente > 3-4) / maxillaires aiguës non sévères avec facteurs de risque (asthme, cardiopathie, drépanocytose) ou prolongées >10j (sans amélioration ou aggravation secondaire) Amoxicilline 80 à 100 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j Si allergie : Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j	<b>ADÉNITE CERVICALE D'ALLURE BACTÉRIENNE</b> TDR SGA+ : Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 10 j TDR SGA – : Amox-ac. clav 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 à 3 g/j) – 10 j ou Amox-ac. clav 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 10 j ou Azithromycine 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 j Si récurrences multiples : Avis infectiologique pédiatrique
<b>ABCÈS DENTAIRE</b> <b>NON COMPLIQUÉ</b> Amoxicilline 50 mg/kg/j en 2-3 prises (max 3 g/j) – 6 jours Si allergie : Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises (max 1g/j) – 6 jours <b>COMPLIQUÉ (cellulite)</b> Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 3 prises (max 4 g/j) – 8 à 10 jours Si allergie : Clarithromycine 15 mg/kg/j en 2 prises (max 1g/j) + Métronidazole 30 mg/kg/j en 2-3 prises (max 1,5g/j) – 8 à 10 j	<b>OMAP – ÉCHEC PREMIER TRAITEMENT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistance/réapparition symptômes pendant ou &lt; 72H après fin traitement avec anomalies otoscopiques d'OMAP</li> </ul> <p>Si 1er traitement avec amoxicilline : Amox-ac. clav 80 mg/kg/j en 2 prises (max 3 g/j) – 10 j ou Cefpodoxime 8 mg/kg/j en 2 prises (max 400 mg/j) – 10 j</p> <p>Si 1er traitement avec Cefpodoxime : Amoxicilline 150 mg/kg/j en 3 prises – 10 j</p> <p>Si 1er traitement avec Amox-ac. Clav : Ceftriaxone 50 mg/kg en 1 inj (IV/IM) – 3 j (si possible après paracétamol)</p>	<b>AMYGDALITE ET PHARYNGITE RÉCIDIVANTE SGA+</b> Cefalexine 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2g/j) – 10 j ou Amox-ac. clav 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 10 j ou Azithromycine 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 j Si récurrences multiples : Avis infectiologique pédiatrique
		<b>ETHMOÏDITE MINEURE (Stade 1 Chandler)</b> Amox-ac. clav 50 mg/kg/j en 2 prises (max 2 g/j) – 10 j
		<b>INFECTIONS ORL GRAVES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mastoïdite (aigue simple, aigüe trainante, compliquée)</li> <li>• Epiglottite</li> <li>• Abcès retro et péri pharyngé</li> <li>• Adénite suppurée grave</li> <li>• Ethmoïdite sévère (Stade 2 et + de Chandler)</li> <li>• Laryngo-trachéo-bronchite bactérienne (dyspnée + stridor)</li> <li>• Parotidite aigüe bactérienne du nouveau-né</li> </ul> <p><b>URGENCE THÉRAPEUTIQUE =&gt; HOSPITALISATION</b></p>



## Axe 2 : Diffusion des newsletters et des outils



# Axe 2 : Diffusion des newsletters et des outils

## PRISE EN CHARGE D'UNE CYSTITESIMPLE AIGÛE CHEZ LA FEMME À L'OFFICINE



### LA PATIENTE A UNE ORDONNANCE ?

Vérification de la validité de l'ordonnance conditionnelle (patiente entre 16 et 65 ans) :



### LA PATIENTE N'A PAS D'ORDONNANCE ?

Signes de brûlures mictionnelles et envie fréquente d'uriner ?

Âgée de 16 à 65 ans inclus ?

Sans signe de grossesse ?

Sans vomissement, ni fièvre ni douleurs lombaires ?

Sans épisode de cystite les 15 derniers jours ?

Le pharmacien formé réalise le

**TROD**

(bandelette urinaire)

Si test positif, délivrance de l'

**ANTIBIO**

prescrit

### CONSEILS

- Boire au moins 1.5 litre d'eau et liquides non alcoolisés par jour
- Éviter la rétention urinaire surtout à la suite de rapports sexuels
- Pas de produits d'hygiène intime parfumés
- Hygiène (se vider la vessie complètement, se laver ou s'essuyer d'avant en arrière pour éviter de se contaminer)
- Traiter la constipation
- Sous-vêtements en coton (éviter les vêtements serrés)
- Éviter l'usage des spermicides



Si la patiente remplit ces prérequis (ou si doute),

poursuivre avec le pharmacien



Sinon,

adresser vers le médecin

POUR EN SAVOIR PLUS



## FICHE PRATIQUE POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE CYSTITESIMPLE AIGÛE



### SITUATION 1 LA PATIENTE SE PRÉSENTE SPONTANÉMENT À L'OFFICINE

#### Étape 1 : Grille d'éligibilité : Vérification des critères

Femme

Âgée de 16 à 65 ans inclus

Présentant des symptômes évocateurs de cystite aiguë simple (pollakiurie, brûlures mictionnelles)

Symptômes d'apparition récente

Appt à communiquer des informations médicales aussi pertinentes

Absence de fièvre (>38°C) ou hypothermie (<36°C) ou frissons

Absence de tout symptôme suggérant un épiphénomène (douleur au niveau des fosses lombaires ou au niveau des flancs, vomissement, diarrhées, douleurs abdominales)

Absence de risque de grossesse

Absence de signes d'appel gynécologique : leucorrhées, prurit vulvaire ou vaginal

Absence de cystite à répétition : < 3 épisodes dans les 12 derniers mois

Absence d'épisode de cystite dans les 15 derniers jours

Absence d'anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire (uropathie, résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, geste chirurgical récent, endoscopie ou sondage)

Absence d'immunosuppression ou risque d'immunosuppression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticostéroïde au long cours, chimiothérapie, immunosuppresseurs)

Absence de port de cathéter vésical implanté

Absence d'insuffisance rénale sévère (DFG  $\geq$  30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> selon CKD-EPI)

Absence d'antibiothérapie en cours pour une autre pathologie

Absence de prise de fluoroquinolones dans les 3 précédents mois (risque de sélection de germes résistants)

Aucun traitement médicamenteux ou sur lequel il y a un signal d'alerte

Les axes d'après :

- espace de confidentialité
- point d'eau / SHA
- sanitaires



Formation

- signifiée
- durée de 4h
- e-learning positif



Conseils patients



Travail de partenariat

Informations aux médecins

Travail

Inscription dans le DMP ou envoi par message sécurisé ou remise d'une attestation papier au patient

Facturation

Tran en être la facture et enregistrer dans le GMP et comptabilité : Prise en charge à l'officine de la cystite aiguë de la femme

#### SI LA PATIENTE EST ÉLIGIBLE

#### Étape 2 : Éliminer les signes de gravité

- Température comprise entre 36 et 38°C
- Pression Artérielle Systolique > 90 mmHg
- Fréquence Cardiaque < 110/min
- Fréquence Respiratoire < 20/min

#### SI AUCUN SIGNE DE GRAVITÉ

#### Étape 3 : Réalisation du TROD

Négatif - [ ] [ ] [ ] [ ] Pas de délivrance d'antibiotique

Positif + [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

#### SI TROD POSITIF

#### Étape 4 : Délivrance de l'antibiotique

Foixamyl et trométamol 3g en prise unique OU Pivmecillinam 400 mg 2 fois par jour pendant 3 jours

### SITUATION 2 LA PATIENTE EST ORIENTÉE PAR UN MÉDECIN OU UNE SAGE FEMME

Si présence d'ordonnance récente bien évaluer sa validité (âge de 16 à 65 ans)

Réalisation du TROD

Si TROD positif → Délivrance de l'antibiotique prescrit

POUR EN SAVOIR PLUS



# Axe 2 : Diffusion des newsletters et des outils

## PRISE EN CHARGE D'UNE ANGINE À L'OFFICINE

### LE PATIENT A UNE ORDONNANCE ?

Vérification de la validité de l'ordonnance conditionnelle :

- datée de moins de 7 jours,
- patient de 3 ans et plus.

Le pharmacien formé réalise le

**TROD**

angine

Si test positif, délivrance de l'

**ANTIBIO**

prescrit

### CONSEILS

- Mangez des aliments froids (glaces etc.) et évitez les aliments acides ou épicés.
- Buvez beaucoup d'eau.
- Faites des gargarismes avec de l'eau salée (contre-indiquée chez l'enfant en raison du risque de fausse route).
- En cas d'angine virale : vous pouvez prendre du Paracétamol.
- En cas d'angine virale : votre enfant pourra aller à l'école ou en collectivité, cependant pour son confort il est recommandé de rester à la maison.
- En cas d'angine bactérienne : votre enfant ne pourra aller ni à l'école ni en collectivité jusqu'à deux jours après le début du traitement par antibiotiques.
- Arrêtez de fumer et évitez les endroits enfumés.



### LE PATIENT N'A PAS D'ORDONNANCE ?

Symptômes évocateurs d'angine "mal de gorge provoqué ou augmenté par la déglutition" ?

Âgé de 10 ans ou plus ?

Enfant avec troubles digestifs (vomissements etc.) ?

Si âgé de 15 ans ou + : Réalisation du score de Mac Isaac et score  $\geq 2$ .

**Score de Mac Isaac\***  
Absence de toux +1,  
Adénopathie cervicale antérieure sensible +1,  
Température  $> 38^{\circ}\text{C}$  +1,  
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien +1,  
Âge [15 ; 44 ans] 0 ;  
Âge  $\geq 45$  ans -1

Sans signe de grossesse ?

Sans épisode d'angine dans les 15 derniers jours ?

Absence de fièvre ?



Si le patient remplit ces prérequis (ou si doute),

poursuivre avec le pharmacien.

Si non,

adresser vers le médecin.

POUR EN SAVOIR PLUS



## PRISE EN CHARGE D'UNE ANGINE À L'OFFICINE

### SITUATION 1 LE PATIENT SE PRÉSENTE SPONTANÉMENT À L'OFFICINE

#### Étape 1 : Grille d'éligibilité : Vérification des critères

Âgé  $> 10$  ans  
Présentant des symptômes évocateurs d'angine et (mal de gorge provoqué ou augmenté par la déglutition)  
Symptômes d'apparition récents ( $< 8$  jours)  
Apté à communiquer des informations médicales suffisantes  
Absence de risque de grossesse  
Aucun voyage tropical réalisé dans les 2 à 5 derniers jours avec une vaccination antidiptérienne à jour ou non renseignée  
Si âgé de 10 à 15 ans : absence d'éruption cutanée associée  
Si âgé de  $> 15$  ans : Score de Mac Isaac\*  $\geq 2$   
Absence d'odynophagie à l'admission :  $< 3$  épisodes dans les 6 derniers mois sans consultation par le médecin  
Absence d'épisode d'angine dans les 15 derniers jours  
Absence d'immunosuppression ou risque d'immunosuppression due à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticostéroïde à long cours, chimiothérapie, immunosuppresseurs, carbamazépine, méthimazole ou dérivé prénatal pour l'hypothyroïdie)  
Absence de contre-indication à l'utilisation des antibiotiques à base des principes actifs suivants : amoxicilline, céfuroxime, céfepodoxime, clarithromycine et josamycine ou conformément au RCP des AMM  
Absence d'insuffisance rénale sévère (DFG  $\geq 30$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> selon CKD-EPI) ou  $\geq 40$  pour prescription de céfepodoxime)  
Absence d'antibiothérapie en cours pour une autre pathologie  
Aucun traitement médicamenteux en cours ou allergie signalée  
Absence de port de cathéter veineux implanté

**Locaux adaptés**  
• espace de confidentialité  
• point d'eau / SIA

**Formation**  
• agréée  
• durée de 4h  
• e-learning possible

**Conseils patients**

**Tracabilité et partage des informations avec le médecin**

**Facultatif**  
• transmission de la facture et enregistrement dans le DMP le compléter du "Prise en charge de l'angine à l'officine"

### SI LE PATIENT EST ÉLIGIBLE

**Étape 2 : Élimination des signes de gravité**  
Température  $< 38,5^{\circ}\text{C}$   
Pression Artérielle Systolique  $> 80$  mmHg  
Fréquence Cardiaque  $< 110$  /min  
Fréquence Respiratoire  $< 20$  /min  
Absence de difficultés respiratoires, trismus, hypersalivation, cervicadage ou torticolis  
Troubles digestifs importants chez l'enfant (vomissements, diarrhée)

### SI IL A 15 ANS OU +

**Étape 3 : Réalisation du score de Mac Isaac**  
Absence de toux +1,  
Adénopathie cervicale antérieure sensible +1,  
Température  $> 38^{\circ}\text{C}$  +1,  
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien +1,  
Âge [15 ; 44 ans] 0 ;  
Âge  $\geq 45$  ans -1

### SI AUCUN SIGNE DE GRAVITÉ

**Étape 4 : Réalisation du TROD angine**  
Positif : Refaire un second test Si le résultat est négatif, orientation vers le médecin  
Invalide : Refaire un second test Si le résultat est négatif, orientation vers le médecin  
Négatif : Pas de délivrance d'antibiotique et traitement symptomatique

### SI TROD POSITIF

**Étape 5 : Délivrance de l'antibiotique adapté**  
**Adulte**  
• Amoxicilline 1g x2 pendant 6j  
• Si allergie aux pénicillines : céfuroxime axétil 250 mg x2j pendant 4j ou céfepodoxime proxétal 100 mg x2j pendant 5j  
• Si contre-indication aux bêta-lactamines : clarithromycine 250 mg x 2j pendant 5j  
**Enfant**  
• Amoxicilline 50 mg/kgj en 2 prises pendant 6j (max 2g)  
• Si allergie aux pénicillines : céfepodoxime proxétal 8 mg/kgj en 2 prises pendant 5j (max 200 mg)  
• Si contre-indication aux bêta-lactamines : clarithromycine 15 mg/kgj en 2 prises, pendant 5j (max 1g)

### SI AU MOINS UN SIGNE DE GRAVITÉ :

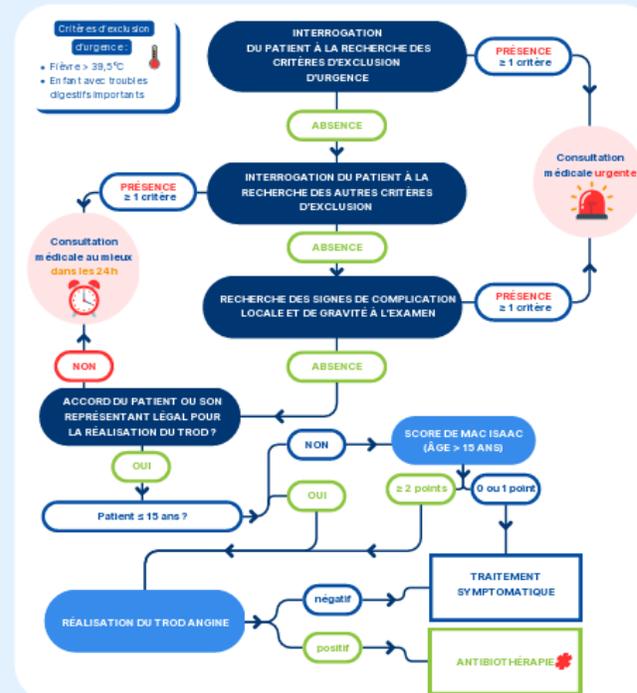
Orienter vers le médecin

### SITUATION 2 LE PATIENT EST ORIENTÉ PAR UN MÉDECIN

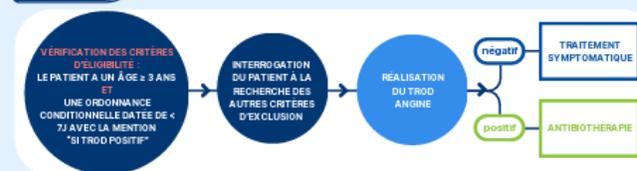
Si âgé  $\geq 3$  ans ET présentes d'ordonnance conditionnelle, vérifier sa validité ( $< 7$  jours) → Réalisation du TROD angine → Si TROD positif → Délivrance de l'antibiotique prescrit

## PRISE EN CHARGE D'UNE ANGINE À L'OFFICINE

### SITUATION 1 LE PATIENT A UN ÂGE $\geq 10$ ANS ET SE PRÉSENTE SPONTANÉMENT À L'OFFICINE AVEC DES SIGNES ÉVOCAEUR D'ANGINE



### SITUATION 2 LE PATIENT A UN ÂGE $\geq 3$ ANS ET EST ORIENTÉ PAR LE MÉDECIN À L'OFFICINE POUR LA RÉALISATION D'UN TROD



**Locaux adaptés**  
• espace de confidentialité  
• point d'eau / SIA

**Formation**  
• agréée  
• durée de 4h  
• e-learning possible

**Conseils patients**

**Tracabilité et partage des informations avec le médecin**

**Facultatif**  
• transmission de la facture et enregistrement dans le DMP le compléter du "Prise en charge de l'angine à l'officine"

**Signes de complication locale et de gravité**  
• Mesure des constantes  
• Examen endo-buccal

**Score de Mac Isaac\***  
Absence de toux +1,  
Adénopathie cervicale antérieure sensible +1,  
Température  $> 38^{\circ}\text{C}$  +1,  
Augmentation de volume ou exsudat amygdalien +1,  
Âge [15 ; 44 ans] 0 ;  
Âge  $> 45$  ans -1

**Conseils patients**



# Axe 2 : Webinaires à destination de tous les acteurs de ville

Bienvenue à notre webinaire

## Augmentation des pneumopathies à mycoplasme en ville : Questions-réponses pour le premier recours



Avec la participation de nos experts invité :  
**Pr Mathie Lorrot, pédiatre à Trousseau**  
& **Dr Romain Palich, référent REB à la Pitié Salpêtrière**

Et animé par l'équipe du CRAtb Île-de-France :  
Dr Marie-Anne Bouldouyre, Dr Louise Nutte, Dr Samy Taha, Dr Bastien Mollo et Dr Florence Stordeur

14 Décembre 2023  <https://CRAtb-ile-de-france.fr>  @CRAtb\_idF  Centre Régional en Antibiothérapie Île-de-France



Bienvenue à notre webinaire

## Epidémies virales & Bon Usage Antibiotique en EHPAD

Avec la participation de notre experte invitée :  
**Dr Sophie CHAMPOLLION**, gériatre, médecin coordinateur EHPAD, Meudon (92)

Et animé par l'équipe du CRAtb Île-de-France :  
Dr Cécilia FARAUT-PIZZOCOLO & Dr Samy TAHA

Lundi 15 janvier 2024



Bienvenue à notre webinaire

## Dès que le printemps revient...Les IST fleurissent

Avec la participation de notre experte invitée :  
**Dr Victoria MANDA**, Infectiologue à l'hôpital Saint-Louis et au centre de santé Richerand

Et animé par Dr Samy TAHA du CRAtb Île-de-France .

Jeudi 6 Juin 2024



Bienvenue à notre webinaire

## Augmentation des cas de coqueluche : Quelle PEC en ville ?



Avec la participation de notre experte invitée :  
**Dr Carla RODRIGUES**, responsable adjointe du Centre National de Référence de la Coqueluche et autres bordetelloses

Et animé par le Dr Samy TAHA du CRAtb Île-de-France

Lundi 1<sup>er</sup> Juillet 2024



Webinaire de Restitution des résultats de l'enquête

Samy TAHA, Médecin généraliste au CRAtb Île-de-France  
& Franck VAREY, Cadre de santé hygiéniste au CPIas Île-de-France

20/01/2025



**Antibiorésistance :**

**Consommation antibiotiques / résistances bactériennes  
& Bon usage des antibiotiques autour de cas cliniques**



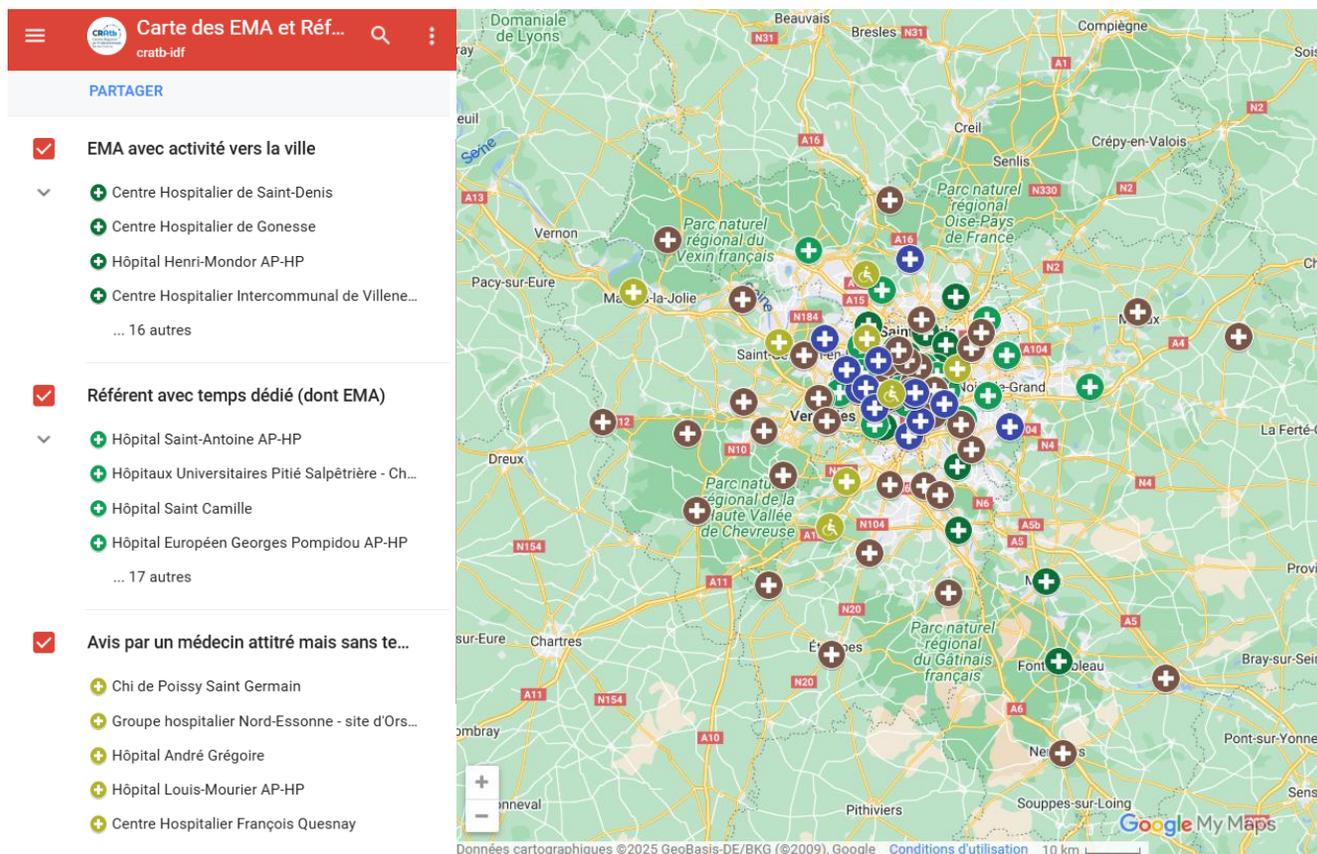
Marie-Anne Bouldouyre, Infectiologue  
Service de Maladies infectieuses Hôpital Saint-Louis,  
Responsable du Centre Régional en Antibiothérapie - Île-de-France



# Axe 3 : Avis/télé-expertise par les acteurs du territoire



- **EMA de proximité connue par la CPTS, mais pas de système de téléexpertise :**
  - Mise en place et diffusion d'une ligne téléphonique pour les avis extérieurs
  - Pour les besoins d'avis par téléexpertise, relais de l'EMA voisine.
  - Diffusion de la carte interactive francilienne des équipes d'infectiologie



### EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE D'ANTIBIOTHÉRAPIE DU NORD-EST PARISIEN

9ÈME, 10ÈME, 18ÈME, 19ÈME ARRONDISSEMENTS

#### Ce que nous mettons en place

1. Équipe Multidisciplinaire d'Antibiothérapie (médecin généraliste, pharmaciens, infectiologues, microbiologistes,...)
2. Coordination par le département des maladies infectieuses des hôpitaux St-Louis et Lariboisière

#### Nos missions

1. Proposer une solution en cas d'antibiothérapies ou de diagnostics infectieux complexes
2. Proposer un parcours de soin ville/hôpital en infectiologie
3. Mettre en place des actions de bon usage des antibiotiques (CPTS, EHPAD, officines de ville)

#### Les modalités d'échange

1. Téléexpertise (Direct APHP)  
<https://direct.aphp.fr/service-page/293>
2. Appel téléphonique ou email
3. Réponse dans les 48 heures en dehors du weekend
4. Suivi des avis via Direct APHP ou Orbis, envoyé par messagerie sécurisée (MSSanté) au médecin requérant

COMMENT NOUS CONTACTER :  
DIRECT APHP  
[HTTPS://DIRECT.APHP.FR/SERVICE-PAGE/293](https://direct.aphp.fr/service-page/293)  
OU EMILIE FEVRIER  
01.49.95.63.39  
EMILIE.FEVRIER@APHP.FR  
DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H À 18H  
EN DEHORS DE CES HORAIRES CONTACTEZ L'ASTREINTE FRANCILIENNE D'INFECTIOLOGIE  
01.46.40.15.00

# Bonus : Initiatives de la CPTS



## ANTIBIOCLIC

Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle

NOR : TSSP2414784A

[Accéder à la version consolidée](#)

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2024/6/17/TSSP2414784A/jo/texte>

JORF n°0142 du 18 juin 2024

Texte n° 14



Extrait du Journal officiel  
électronique authentifié  
PDF - 2,2 Mo

### Protocole de dispensation des antibiotiques

#### Pour les situations de pénurie

Ce protocole vise à améliorer la coordination entre pharmaciens et médecins sur le territoire du 20<sup>e</sup> arrondissement lors de pénuries médicamenteuses. Il n'a pas vocation à interférer dans l'exercice professionnel de chacun.e.

#### A l'attention des pharmaciennes et pharmaciens

- Privilégier la dispensation à l'unité ;
- Appel au médecin traitant pour changer de molécule et proposition de substitution si connaissance du diagnostic ;
- Ne pas délivrer de traitement incomplet afin d'éviter le risque d'interruption du traitement anticipé ;
- Se former à la pratique des Streptatest (Cf. [Amelia.fr](#)) ;



#### A l'attention des médecins :

- Prescription selon les recommandations concernant la durée des traitements ;
- Prescrire d'office des alternatives aux prescriptions d'antibiotiques ;
- Renforcer la pratique du Streptotest au cabinet ;
- Recours à la délivrance conditionnée par le Streptotest + si téléconsultation



#### Communication régulière entre pharmaciens et médecins sur les médicaments en tension et l'état des stocks

Contacts autour de chez vous :



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





3

# LES EHPADS

# Formations des paramédicaux dans 3 EHPAD du territoire

**EHPAD engagé**  
Bon usage des Antibiotiques

**CRAtb**  
Île-de-France

## INFECTIONS URINAIRES EN EHPAD

### Formation paramédicaux

**Bon Usage des Antibiotiques**  
Médecin Ambassadeur  
Île-de-France

Médecin Ambassadeur CRAtb Île de France

**INFECTIONS URINAIRES EN EHPAD**  
Recommandations pour un Bon Usage des Antibiotiques

**Colonisation ou infection urinaire?**

- La présence d'une bactérie sur un prélèvement ne signifie infection.
- COLONISATION urinaire TRÈS FRÉQUENTE EN EHPAD**
  - 15 à 40% des hommes, jusqu'à 50% des femmes
  - 100% des **SONDES URINAIRES** après 1 mois
  - BU toujours positive sur sonde
  - jusqu'à 50% de résidents colonisés !
- Tout résident peut être porteur asymptomatique de BMR (sans justifier de traitement antibiotique), y compris *E. coli*.

**COLONISATION**

= bactériurie asymptomatique  
= présence d'une bactérie sur un ECBU  
**SANS symptômes cliniques**

**INFECTION**

= présence d'une bactérie sur un ECBU  
**ET symptômes compatibles**

**PLUS de BU en EHPAD PAS d'ECBU SANS SYMPTÔMES !**

➤ Urines foncées et malodorantes = **DÉSHYDRATATION**

**Ne pas banaliser la réalisation d'un prélèvement urinaire!**

Une chance sur 2 de retrouver un germe qui n'est responsable d'aucune infection ... mais qu'on sera tenté de traiter !

Présence des **SYMPTÔMES** qui justifient l'ECBU?  
*État fébrile, Confusion, Signes urinaires*

OUI

↓

ECBU

NON

↓

Pas de BU ni ECBU systématique

Urines **FONCÉES** et/ou **MALODORANTES**  
**ne sont pas un signes d'infection !**

- PAS DE PRELEVEMENT (NI BU NI ECBU)**
- HYDRATATION +++**

**Infection urinaire du sujet âgé à évoquer devant:**

- aggravation des troubles cognitifs ou de la dépendance
- apparition et/ou aggravation d'une incontinence urinaire
- associés ou non à des signes fonctionnels urinaires ou à une fièvre

**MAIS**

- éliminer d'autres sites infectieux même en présence d'une bactériurie
- on ne conclut **IVU** qu'après avoir éliminé le reste (surtout si sonde urinaire)

**Toute fièvre n'est pas d'origine infectieuse et toute infection n'est pas d'origine bactérienne!**

**ETIOLOGIES**

**INFECTIEUSES = 30-50%**

Néoplasique = 5-30%

Connectivites = 10-20%

Divers = 10-20% (dysthyroïdie, iatrogénie...)

Inexpliquées = 10%

Étiologies non infectieuses  
**> 50% fièvre du sujet âgé**

**TAKE HOME MESSAGES**

URINE FONCÉES MALODORANTES (sonde sur sonde)

PAS DE BU NI ECBU

HYDRATATION

ECBU + ASYMPTOMATIQUE

PAS D'ANTIBIOTHÉRAPIE SYSTÉMATIQUE

MÊME PRÉOPÉRAIRE MÊME SI BMR

- Renforcer l'hydratation +++
- Oser refuser une demande de BU / ECBU si injustifié
- Ne jamais traiter la colonisation urinaire (même en pré opératoire / seule exception : chir urologique)

DYSURIE / HOLLARURIE +/- FIÈVRE

ECBU

AVIS MÉDICAL

- Aucune urgence à l'instauration d'une antibiothérapie, sauf si signes de gravité
- Réévaluation ++ (surveiller ne signifie pas « ne rien faire »)

CONFUSION/FIÈVRE/AEG/CHUTE

PAS DE BU NI ECBU SYSTÉMATIQUE

AVIS MÉDICAL

CONFUSION/FIÈVRE/AEG/CHUTE AVEC ECBU+

PAS D'ANTIBIOTHÉRAPIE SYSTÉMATIQUE

EXCLURE AUTRES CAUSES (NE RESPONSABLE DANS TON CAS)

FIÈVRE SUR SONDE MODIFICATION COMPORTEMENT DOULEURS SUS-PUBIENNES

PAS DE BU NI ECBU NI ANTI-BIOTHÉRAPIE SYSTÉMATIQUE

AVIS MÉDICAL

- Signes généraux / syndrome confusionnel / fièvre ou syndrome inflammatoire isolé (même si bactériurie +) = **AVIS MEDICAL**
- Une fièvre avec ECBU + = infection urinaire < 10 % des cas
- Colonisation urinaire très fréquente!
- Toute fièvre n'est pas d'origine infectieuse et toute infection n'est pas d'origine bactérienne!

Savez-vous sur: @cratb\_ist Centre Régional en Antibiothérapie - Île-de-France Consultez la boîte à outils BUA <http://cratb-ile-de-france.fr> Et abonnez-vous à la newsletter



**SEMAINE MONDIALE POUR UN  
BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES**

du 18 au 24 novembre

# PIPI'QUIZ EN EHPAD

Vous êtes médecin, IDE  
ou aide-soignant ?

**SCANNEZ !**



DISPO  
JUSQU'AU  
5 JANVIER



Testez-vous en  
**6 QUESTIONS  
SPÉCIFIQUES  
À VOTRE FONCTION**



## La conception de l'enquête

- 6 questions (3 cas cliniques et 3 QCMs)
- Google form accessible via un lien ou QR code
- Questions différentes pour les AS, IDE et prescripteurs
- Une correction des questions juste après la complétion
- Diffusion par les IMH durant la semaine mondiale de lutte contre l'ATB résistance

Madame T, âgée de 85 ans, est résidente dans votre établissement depuis 2 ans. Elle est continente et se déplace avec un déambulateur. Elle est suivie pour une maladie de Parkinson, sans atteinte des fonctions supérieures.

1 points

Ce matin, après l'avoir aidée pour réaliser sa toilette, vous constatez qu'elle présente des urines malodorantes et foncées. Que faites-vous ?

Vous faites boire la résidente, informez vos collègues et mettez en place une surveillance des apports hydriques. ✓

Vous prenez la température de la résidente. ✓

Vous faites une bandelette urinaire.

Vous faites un ECBU.

Commentaire en cas de bonne réponse  

Des urines malodorantes, foncées ou troubles sont la plupart du temps liées à la déshydratation. Il convient donc d'augmenter l'apport hydrique. La prescription médicale d'un ECBU ne sera nécessaire qu'en présence de signes fonctionnels urinaires ou d'une décompensation chez le sujet âgé sans autre cause identifiée. Retenez ce slogan "pipi qui pue, pas de BU, ni ECBU" !

Commentaire en cas de mauvaise réponse  

Des urines malodorantes, foncées ou troubles sont la plupart du temps liées à la déshydratation. Il convient donc d'augmenter l'apport hydrique. La prescription médicale d'un ECBU ne sera nécessaire qu'en présence de signes fonctionnels urinaires ou d'une décompensation chez le sujet âgé sans autre cause identifiée. Retenez ce slogan "pipi qui pue, pas de BU, ni ECBU" !

## ●● Messages clés du webinaire du 20/01/2025

- **L'avant** : Faire un examen lorsqu'il est utile/adapté pour traiter l'infection et pas la colonisation
- **Le pendant** : Réaliser un prélèvement de qualité pour ne pas traiter des contaminations
- **L'après** : Adapter/Arrêter le traitement et savoir quand contrôler pour ne pas détruire le microbiote et sélectionner des germes résistants



**CPIas**  
Île-de-France

**CRAtb**  
Île-de-France

# PIPI'QUIZ EN EHPAD

● Webinaire de Restitution des résultats de l'enquête

Samy TAHA, Médecin généraliste au CRAtb Île-de-France  
& Franck VAREY, Cadre de santé hygiéniste au CPIas Île-de-France

20/01/2025



## Messages clés du webinaire du 20/01/2025

### Take home messages

- « **Pipi qui pue, c'est pas forcément une IU !** » : Toujours rechercher d'autres signes d'infection.
- « **Pipi qui pue, pas de BU ni d'ECBU !** » : Pas d'examen urinaire en l'absence d'autres signes d'infection, mais hydratation du patient.
- L'ECBU s'effectue après **4h après la dernière miction**, sur **2<sup>ème</sup> jet d'urine**.
- **Pas de gants stériles si pas besoin de sondage !**
- **Toujours réévaluer l'antibiothérapie probabiliste à 48-72h** (pour connaître l'évolution clinique après le passage et l'antibiogramme).
- **Une antibiothérapie inutile s'arrête** quel que soit le moment.
- L'ECBU de contrôle n'est utile **qu'en cas de mauvaise réponse clinique** au traitement initial.

TAMA, Samy

Webinaire de restitution des résultats du questionnaire PipiQuiz



Centre Régional en Antibiothérapie d'Île-de-France  
112 abonnés



Lien : <https://youtu.be/U6miHgXrkio?si=Ue50sbxTg1dVIUaU>

# Outils reco : triptyque pour les prescripteurs

## SPHÈRE URINAIRE

### Cystite homme ou femme

- Cystite = signes fonctionnels urinaires +++ sans fièvre
- Aspect foncé et odeur malodorante des urines ne signifient pas infection : réhydrater ++
- ECBU systématique (pas de BU)
- pas de traitement probabiliste SAUF si symptômes bruyants :** Nitrofurantoïne 100 mg x 3/j ou Fosfomycine-trométamol 3g
- Adapter selon l'antibiogramme :**
  - Cystite femme : privilégier selon sensibilité (ordre à respecter)
    - Amoxicilline 1g x 3/j (7 jours)
    - Pivmecillinam 400mg x 2/j (7 jours)
    - Nitrofurantoïne 100mg x 3/j (7 jours)
    - Fosfomycine-trométamol 3g à J1-J3-J5
  - Cystite homme: choix équivalent si sensible:
    - Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (7 jours)
    - Fosfomycine-trométamol 3g à J1-J3-J5 (hors AMM, recos SPILF prévues en 2024)
    - Nitrofurantoïne 100mg x 3/j 7 jours (hors AMM)
    - Pivmecillinam 400mg x 2/j 7 jours (hors AMM)

### Pyélonéphrite aiguë sans BLSE

- ECBU systématique (pas de BU)
- Traitement probabiliste :** Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC  
Si allergie : Lévofloxacine 500mg/j ou Ciprofloxacine 500mgx2/j +1 dose unique Amikacine 15 mg/kg IV ou Gentamicine 5mg/kg IV/IM
- adapter selon l'antibiogramme :**
  - Amoxicilline 1g x 3/j (10 jours)
  - Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (10 jours)
  - Amoxicilline + acide clavulanique 1g x 3/j (10 jours)
  - Si allergie : Cotrimoxazole 800/600mg x2/j (10 jours) ou Lévofloxacine 500mg x2/j (7 jours) ou Ciprofloxacine 500mg x2/j (7 jours)

### Infection urinaire fébrile de l'homme (prostatite aiguë) sans BLSE

- ECBU systématique (pas de BU)
- Traitement probabiliste :** Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC  
Si allergie : Lévofloxacine 500mg/j ou Ciprofloxacine 500mgx2/j + 1 dose unique Amikacine 15 mg/kg IV ou Gentamicine 5mg/kg IV/IM
- adapter selon l'antibiogramme :**
  - 1er choix : Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (14 jours)
  - 2ème choix : Lévofloxacine 500mg/j ou Ciprofloxacine 500mgx2/j (14 jours)
- Ne pas utiliser: Nitrofurantoïne, Céfixime, Amoxicilline + ac. clavulanique car mauvaise diffusion prostatique

### Pyélonéphrite / Infection urinaire fébrile de l'homme (prostatite aiguë) porteur de entérobactérie BLSE

- ECBU systématique (pas de BU)
- Traitement probabiliste:** Ceftriaxone 2g/j IV + 1 dose unique Amikacine 15 mg/kg IV ou Gentamicine 5mg/kg IV/IM
- adapter selon l'antibiogramme :**
  - comme « pyélonéphrite aiguë ou prostatite aiguë sans BLSE »
  - si traitement oral impossible : avis infectiologue

## SPHÈRE DIGESTIVE

### Infection à Clostridioides difficile

Diarrhée avec exposition récente aux antibiotiques : recherche de toxines de Clostridioides difficile +++

- Si positif : - Vancomycine 125 mg x 4/j PO ou Fidaxomicine 200 mg x 2/j (10 jours)  
Disponibles en rétrocession sur prescription hospitalière
- Si indisponibles et SANS signes de gravité : - Métronidazole 500 mg x 3/j PO (10 jours)
- Si récidive = avis infectieux ou gastro

### Cholécystite et Angiocholite / Diverticulite

- Imagerie + avis chirurgical
- À défaut, ou traitement d'attente : - Ceftriaxone 1 g/j IV/IM/SC +Métronidazole 500 mg x 3/j (7 jours)

## SPHÈRE CUTANÉE

### Furonculose / plaie surinfectée

- Clindamycine 600mg x 3/j OU Pristinamycine 1g x 3/j (3 jours)

### Dermo-hypodermite non nécrosante (érysipèle)

- Amoxicilline 50mg/kg/j en 3 prises (max 6g/j) (7 jours)
- Si allergie : - Pristinamycine 1g x 3/j (7 jours)

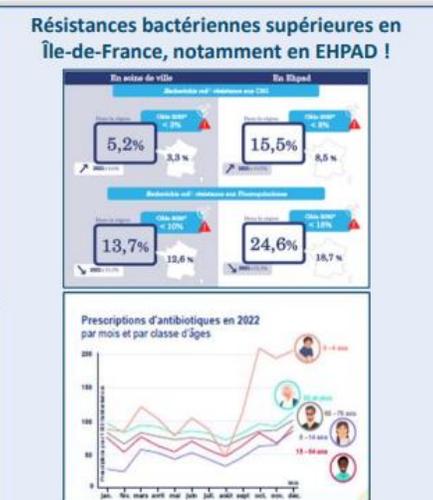
### Pied diabétique

CLASSIFICATION CLINIQUE	GRADE	TRAITEMENT
ABSENCE de symptômes ou signes généraux d'infection	1 NON INFECTÉ	PAS D'ANTIBIOTIQUES
Infection * locale SANS SIGNES GÉNÉRAUX • Touchant seulement la peau ou le tissu sous-cutané • ET érythème < 2cm autour de la plaie	2 INFECTION LÉGÈRE	Amoxicilline + ac. Clavulanique 1gx3/j IV/PO (7 jours)  Si allergie: Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Métrotronidazole 500mgx3/j (7 jours)
Infection * locale SANS SIGNES GÉNÉRAUX • Touchant les structures plus profondes que la peau et les tissus sous-cutanés (tendon, muscle, articulation) • ET érythème ≥ 2cm autour de la plaie	3 INFECTION MODÉRÉ	Clindamycine 600mg x3 /j (7 jours) OU Cefalexine 1g x2/j (7 jours)
Infection * AVEC SRIS (syndrome de réponse inflammatoire systémique) ≥ 2 signes: • T >38°C ou < 36°C ET FC > 90 bpm • FR > 20 min OU PaCO2 < 4, » kPa (32 mmHg) • Leuco > 120000 ou < 4000 mm3 OU > 10% formes immatures	4 INFECTION SÉVÈRE	AVIS INFECTIOLOGIQUE
Infection * touchant l'os: OSTHEOMYÉLITE	AJOUTER « 0 » À 3 OU 4	AVIS INFECTIOLOGIQUE

### PAS D'ANTIBIOTIQUE dans les cas suivants:

- Bronchite aiguë
- Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif

iquement symptomatique Réévaluer à 48 h



### Allergie aux pénicillines

- Allergies croisées pénicillines-céphalosporines: RARES 3 %
- Seuls 10% des patients étiquetés allergiques le sont vraiment
- Cl céphalosporines : uniquement si allergie de type I aux pénicillines (urticariaire, syndrome de Stevens Johnson, bronchospasme, Quincke, choc anaphylactique)
- Intolérance digestive : ne contre-indique pas pénicilline !

Bonne indication, bonne molécule, bonne posologie, bonne durée

Pour vos avis infectieux : contactez votre EMA (Equipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie)

- Téléphone : 01.49.95.63.39  
- contact secrétaire: emilie.chevrier@aphp.fr  
- Téléexpertise : [HTTPS://DIRECT.APHP.FR/SERVICE-PAGE/293](https://direct.aphp.fr/service-page/293)

EMA  
Equipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie  
Saint-Louis / Lariboisière

QR code

CRAtb Île-de-France

## Antibiothérapie en EHPAD

Recommandations de prescription pour un bon usage antibiotique (BUA)

### SPHÈRE RESPIROTOIRE

#### Rhinopharyngite / Bronchite / Trachéobronchite

- Traitement symptomatique / PAS D'ANTIBIOTIQUE

#### Pneumopathie aiguë

- PAS DE BI-ANTIBIOTHÉRAPIE EN PREMIÈRE INTENTION
- RÉÉVALUATION SYSTÉMATIQUE À 48-72H
- DURÉE: J5 si évolution favorable (\*), sinon J7 (\*): T<sub>S</sub> ≥ 37,8°C et ≥ 3 signes de stabilité clinique parmi : TAs<sub>2</sub> ≥ 90mmHg - FR<sub>S</sub>24/mn - FC<sub>S</sub>100bpm - SpO<sub>2</sub> ≥ 90%
- toux n'est pas un critère de non-amélioration !
- SIMPLE : Amoxicilline + acide clavulanique 1g x 3/j (car sujet âgé)  
Si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j  
Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC
- INHALATION : Amoxicilline + ac. clavulanique 1g x 3/j IV/PO OU Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC
- fausse route ≠ pneumopathie d'inhalation: pas d'antibiotique !
- SÉVÈRE OU ÉCHEC À 48 HEURES : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Azithromycine 500mg J1 puis 250mg de J2 à J5
- Exacerbation BPCO
- STADE II : dyspnée d'effort, symptômes chroniques inconstants PAS D'ANTIBIOTIQUES !
- STADE II ET EXPECTORATIONS FRANCHEMENT PURULENTES : Amoxicilline 1g x 3/j (5 jours)  
Si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j (5 jours)
- STADE III : dyspnée repos, symptômes chroniques quasi constants ou > 4 épisodes/an :  
- Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j (5 jours)  
Si allergie : Pristinamycine 1g x 3/j (5 jours)  
Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC (5 jours)
- Si colonisation connue à Pseudomonas aeruginosa = avis infectiologue ou pneumologue ++

# Outil prélèvements : sous-main pour paramédicaux et prescripteurs



## Recommandations de prescription pour un bon usage des antibiotiques en EHPAD

Bonne indication, bonne molécule, bonne posologie, bonne durée

### Sphère cutanée

- TOUTES LES PLAIES SONT COLONISÉES PAR DES GERMES**  
⇒ tous les écouillons seront positifs en culture bactériologique
- La présence de bactérie (résistante ou non) :  
⇒ ne signe pas l'infection  
⇒ ne justifie pas de tentative d'éradication

COLONISATION ≠ INFECTION

- SOINS LOCAUX**  
Pensez au référent « plaie chronique » si disponible dans votre structure  
⇒ pas d'antiseptique  
⇒ sérum physiologique  
⇒ jamais d'antibiotiques locaux  
⇒ déterision et recouvrement

PLAIE (ESCARRE, ULCÈRE MAL PERFORMANT) OU INFECTION (FURONCLE) MÊME AVEC ASPECT INFLAMMATOIRE ET/OU SUPPURATION	PAS D'ÉCOUVILLON	AVIS MÉDICAL
PLAIE CHRONIQUE ET SUSPICION D'INFECTION		PRÉLÈVEMENT PROFOND (ASPIRATION À L'ANGULE OU BIOPSE DU BORD DE L'ULCÈRE)
DERMO HYPODERMITE INFECTIEUSE (DYSPIPLASIE)		AVIS MÉDICAL + ANTI-BIOTHÉRAPIE

### Sphère urinaire

- COLONISATION urinaire = TRÈS FRÉQUENTE EN EHPAD**  
**Bactériurie et leucocyturie** : 15 à 40% chez les hommes, jusqu'à 50% chez les femmes  
⇒ 100% des sondes urinaires sont colonisées après 1 mois
- Tout résident peut être porteur asymptomatique de bactéries multi-résistantes (sans justifier de traitement antibiotique), y compris *E. coli*.
- Pas de BU en EHPAD / Prescription et interprétation prudentes de l'ECBU** : pas d'ECBU sans symptôme (Urines foncées et malodorantes = déshydratation)
- EN CAS D'INFECTION AVÉRÉE** :  
⇒ Traitement initial = PROBABILISTE si pyélonéphrite avec **réévaluation systématique à 72h** avec ECBU  
⇒ Traitement différé : Possible d'attendre l'antibiogramme dans la cystite peu algique  
⇒ **Désescalade thérapeutique** = limiter la pression de sélection antibiotiques

URINES FONCÉES MALODORANTES (MÊME SUR SONDE)	PAS DE BU NI ECBU	HYDRATATION
DYSURIE/POLLAKURIE +/- FIÈVRE	PAS DE BU NI ANTI-BIOTHÉRIQUES ECBU	AVIS MÉDICAL
CONFUSION/FIÈVRE/AGÉCHUTE	PAS DE BU NI ECBU SYSTÉMATIQUE	AVIS MÉDICAL
CONFUSION/FIÈVRE/AGÉCHUTE AVEC ECBU+	PAS D'ANTI-BIOTHÉRIQUE SYSTÉMATIQUE	PRÉCÉDER UNE AUTRE SAISON SI SÉQUELLES RÉSIDENTIELLES DANS DES CAS
FIÈVRE SUR SONDE OU MODIFICATION COMPORTEMENT OU DOULEURS SUP-PUBIENNES	PAS DE BU NI ECBU NI D'ANTI-BIOTHÉRIQUE SYSTÉMATIQUE	AVIS MÉDICAL
ECBU+ ASYMPTOMATIQUE	PAS D'ANTI-BIOTHÉRIQUE SYSTÉMATIQUE	MÊME EN PPS-OPÉRATOIRE MÊME SI BMR

### Sphère respiratoire

- Les infections respiratoires en EHPAD sont souvent **virales**.  
⇒ Documenter avec **TROD Grippe + Covid +/- VRS** ou **PCR virales ++**
- Germe atypiques (*mycoplasma*, *chlamydia*) = **très faible prévalence** en gériatrie
- Cas groupés de pneumopathie : évoquer la légionellose
- Fausse route ≠ pneumopathie d'inhalation** : pas d'antibiotique systématique !
- Diagnostic différentiel : insuffisance cardiaque (OAP)

RHINOPHARYNGITE	PAS D'ANTI-BIOTHÉRIQUE SYSTÉMATIQUE	TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE
BRONCHITE	PAS D'ANTI-BIOTHÉRIQUE SYSTÉMATIQUE	TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE
TRACHÉOBRONCHITE	PAS D'ANTI-BIOTHÉRIQUE SYSTÉMATIQUE	TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE
ANGINE	PAS D'ANTI-BIOTHÉRIQUE SYSTÉMATIQUE	TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE / TROD
FAUSSE ROUTE	PAS D'ANTI-BIOTHÉRIQUE SYSTÉMATIQUE	AVIS MÉDICAL

**PRÉVENTION :**

- Troubles de déglutition
- Hygiène bucco-dentaire
- **VACCINATION (résidents et soignants)** : grippe, COVID +/- pneumocoque

### Sphère dentaire

- Dans la grande majorité des cas, l'antibiothérapie est inutile !
- Aide au diagnostic : <https://www.dentaclic.com/>

PULPITE AIGUE (DOULEUR AU FROID)	PAS D'ANTI-BIOTHÉRAPIE SYSTÉMATIQUE	ANTALGÉSiques AVIS CHIRURGIEN DENTISTE
CARE DENTAIRE	PAS D'ANTI-BIOTHÉRAPIE SYSTÉMATIQUE	MESURES DE PRÉVENTION AVIS CHIRURGIEN DENTISTE SANS URGENCE

**PRÉVENTION +++**

### Antibiotiques et personne âgée

- Fonction rénale altérée : **adapter la posologie**.
- Polymédication : **risque d'interactions majeur**.
- Effets secondaires majeurs** : diarrhées, infection à *C. difficile*, candidose buccale, confusion.
- Limiter la pression de sélection** : respecter les indications, privilégier les molécules à spectre étroit, durée courte, limiter les associations.

Fluoroquinolones à limiter au maximum

Pas de fluoroquinolones en probabiliste si déjà prescrites dans les 6 mois précédents.

### Vaccination du sujet âgé

**COVID-19** : Tous les adultes sont éligibles au **rappel** depuis septembre 2022

**Grippe saisonnière** : Vaccination annuelle pour personnes > 65 ans

**Pneumocoque** : Personnes à risque :  
*Diabète / Insuffisance respiratoire chronique / Insuffisances cardiaques chroniques / Asthme sévère sous traitement continu / Insuffisance rénale / Hépatopathie chronique*

**Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite** : Rappel à 65 ans, puis tous les dix ans

**Coqueluche** : Revaccination si la dernière > 10 ans

**Zona** : Recommandé entre 65 et 74 ans

### Sphère digestive

Infection à **Clostridioides difficile**  
⇒ Précautions complémentaires pour éviter épidémie (attention inefficacité du SHA1)  
⇒ Avis infectieux si récidive

DIARRHÉE AVEC EXPOSITION RÉCENTE AUX ANTI-BIOTHÉRIQUES	ASSOCIER RECHERCHE TOXINE C. DIFFICILE À LA COPROSCOPTE	ANTI-BIOTHÉRAPIE SI POSITIF
CHOLÉCYSTITES ET ANGIOCHOLITE/ DIVERTICULITE	IMAGIER AVIS CHIRURGICAL	ANTI-BIOTHÉRAPIE SI IMPOSSIBLE OU DANS L'ATTENTE

**PAS D'ANTI-BIOTHÉRIQUES dans les cas suivants :**

- Bronchite aigüe
- Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif
- Rhinopharyngite
- Furoncle simple
- Morsure / griffure mineure
- Diarrhée simple sans fièvre
- Plaie ou escarre si pas d'infection objectivée
- Bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)

**Traitement symptomatique**  
**Réévaluer à 48 h**

**Bonne indication, bonne molécule, bonne posologie, bonne durée**

Pour vos avis infectieux : contactez votre **Equipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie**  
- Téléphone : 01.49.95.63.39 (contact secrétariat: emilie.chevrier@aphp.fr)  
- Télécopie : [HTTPS://DIRECT.APHP.FR/SERVICE-PAGE/293](https://direct.aphp.fr/service-page/293)





Recommandations destinées aux prescripteurs, issues des recommandations ANSM, HAS et SPLF.  
Remerciements : CRAtb Auvergne Rhône Alpes, OMEEDIT ARA, CPIas ARA, CPIas Nouvelle-Aquitaine / CRAtb Pays de Loire / CPIas et CRAtb Occitanie.

# Affiches pour soignants et usagers en EHPAD

## BON USAGE ANTIBIOTIQUE

Prélèvement non indiqué = risque de prescription antibiotique inappropriée

### SPHERE URINAIRE

URINES FONCÉES  
MALODORANTES

→ PAS DE PRELEVEMENT  
HYDRATATION



BRULURES MICTIONIENNES  
ET/OU ENVIES FRÉQUENTES D'URINER  
(avec ou sans fièvre)

→ AVIS MEDICAL AVANT  
TOUT PRELEVEMENT

### SPHERE URINAIRE - PATIENT SONDÉ



URINES MALODORANTES  
ET/OU TROUBLES  
ET/OU ÉCOULEMENT

→ PAS DE PRELEVEMENT

FIÈVRE ≥ 38°C  
ET/OU DOULEURS SUS-PUBIENNES  
ET/OU MODIFICATION COMPORTEMENT

→ AVIS MEDICAL AVANT  
TOUT PRELEVEMENT

### SIGNES GÉNÉRAUX

APPARITION DE CONFUSION,  
FIÈVRE, CHUTES ET/OU ANOREXIE

→ AVIS MEDICAL AVANT  
TOUT PRELEVEMENT

### SPHERE CUTANÉE

PLAIE (ESCARRE, ULCÈRE, MAL PERFORANT)  
MÊME SI ASPECT INFLAMMATOIRE  
ET/OU SUPPURATION

→ PAS DE PRELEVEMENT  
AVIS MEDICAL  
SOINS LOCAUX



## VACCINATION DES RESIDENTS

### 1 COVID 19

Tous les adultes sont éligibles au rappel  
Particulièrement recommandé > 65 ans

### 2 GRIPPE SAISONNIÈRE

Vaccination annuelle pour personnes > 65 ans

### 3 PNEUMOCOQUE

Recommandé pour les personnes à risque :

Diabète / Insuffisance respiratoire chronique /  
Insuffisance cardiaque chronique / Insuffisance rénale /  
Asthme sévère sous traitement continu / Hépatopathie  
chronique

### 4 DIPHTÉRIE TÉTANOS POLIO

Rappel à 65 ans, puis tous les dix ans

### 5 COQUELUCHE

Un rappel à faire une fois si le dernier > 10 ans

### 6 ZONA

Recommandé entre 65 et 74 ans

VACCINATION DES SOIGNANTS  
= PROTECTION DES RÉSIDENTS



## Pas de prélèvement dans ces situations :

1 Toux régulière, sans aggravation et sans fièvre

AVIS MEDICAL

2 Urines troubles ou malodorantes, sans fièvre ni brûlures

HYDRATATION

3 Escarre ou plaie même malodorante ou associée à un écoulement

SOINS LOCAUX



Prélèvement non indiqué = risque de prescription antibiotique inappropriée

- sélection de germes résistants
- risque d'effets indésirables pour le résident



## LES ANTIBIOTIQUES

- NE SONT PAS LA SOLUTION À TOUTES LES INFECTIONS
- NE PEUVENT RIEN CONTRE LES MALADIES D'ORIGINE VIRALE (rhume, rhinopharyngite, grippe, bronchite aiguë, la plupart des angines)
- NE SOULAGENT PAS DIRECTEMENT LES SYMPTÔMES (fièvre, toux, maux de tête, troubles digestifs, courbatures)
- NE PERMETTENT PAS DE GUÉRIR PLUS VITE D'UNE INFECTION VIRALE

## Pas de prescription d'antibiotiques si:

### RHINOPHARYNGITE (RHUME)

Fièvre : 2-3 jours  
Toux : 1 à 3 semaines  
Nez bouché ou qui coule (blanc, jaune ou vert) : 7 à 12 jours



### GRIPPE

Fièvre, courbatures : 2-4 jours  
Toux : 2 à 3 semaines  
Fatigue : plusieurs semaines



### BRONCHITE AIGUE

Fièvre : 2-3 jours  
Toux : 1 à 3 semaines



### TRAITEMENT DES SYMPTÔMES

HYDRATATION

PREVENTION

Lavage des mains / SHA

Port du masque chirurgical

Vaccination



A decorative graphic in the top left corner consisting of four circles of varying sizes and shades of blue and grey. The largest circle is white and contains the number 4.

**4**

# LES VILLES

# Le Contrat Local de Santé de la ville

2023 - 2028

## CONTRAT LOCAL DE SANTÉ DU BLANC-MESNIL

### AXE STRATEGIQUE 2 RENFORCER L'OFFRE DE SANTE

#### 6 ANTIBIORESISTANCE

#### Evaluation et suivi

Indicateur processus : Evolution du partenariat et de la **coordination**

Indicateur activité 1 : Nombre et typologie des actions mises en place

Indicateur activité 2 : Nombre et typologie des bénéficiaires

Indicateur résultat 1 : Effets sur la consommation d'antibiotique

Indicateur résultat 2 : Evolution de la couverture vaccinale

#### Description

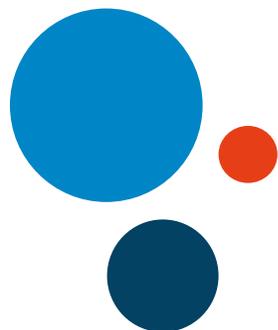


#### Objectif opérationnel 1 :

- **Sensibiliser** les professionnels de santé humaine et de santé animale à une utilisation prudente et raisonnée des antibiotiques (faire le lien avec les biocides qui favorise le développement de l'antibiorésistance).
- Déployer/relayer une campagne de **communication** destinée à tous.

#### Objectif opérationnel 2 :

- Prévenir les infections, notamment avec le lavage des mains et l'application des gestes barrières
- Accentuer la couverture vaccinale
- Promouvoir une moindre prescription d'antibiotiques.
- Promouvoir une moindre consommation d'antibiotiques avec l'usage responsable.



## Une actualité vaccinale chargée

**Le 16 Avril 2025**



**Samy TAHA, Médecin Généraliste**  
Centre Régional en Antibiothérapie · Île-de-France



# Formation des pharmaciens qui ne le sont pas encore à la réalisation de TROD angine et cystite

Permet :

- Diminuer la prescription d'antibiotiques (**objectif opérationnel 2** « promouvoir une moindre prescription »)
- Etoffement de l'offre de soins
- Coordination médecins-pharmaciens sur la prescription d'ordonnances conditionnelles
- Communication auprès de la population, dans le journal/réseaux sociaux de la ville par exemple ? (**objectif opérationnel 1** « déployer une campagne de communication »)

## FORMATION ANGINE AVEC TROD :

Durée strictement **5 heures**

Dont 1 heure de formation au TROD oro-pharyngé

## FORMATION ANGINE SANS TROD :

(pour les pharmaciens ayant déjà validé la formation relative à l'utilisation du TROD)

Durée strictement **4 heures**

## FORMATION CYSTITE AVEC TROD :

Durée strictement **4 heures**

### — (Angine/Cystite) > Que doit mentionner mon attestation de formation ?

A l'issue de la formation, l'organisme de formation doit obligatoirement me remettre une attestation comportant le nom de l'organisme, son numéro d'enregistrement auprès de l'agence du développement professionnel continu (si l'organisme revendique que sa formation permet de répondre aux obligations de l'ANDPC) et son numéro d'enregistrement d'activité auprès de de la DREETS\*.

Bien que non obligatoire, je peux demander, que soit mentionné sur l'attestation, la conformité à l'arrêté du 17 juin 2024 et notamment la durée de la formation suivie, afin de prouver la conformité en cas de contrôle.

Si j'ai suivi une formation non conforme, je dois soit la compléter auprès de l'organisme soit la refaire au près du même ou d'un autre organisme.

\* lorsque la formation est délivrée par un [centre régional en antibiothérapie](#), le numéro d'enregistrement figurant sur l'attestation de formation n'est pas obligatoire



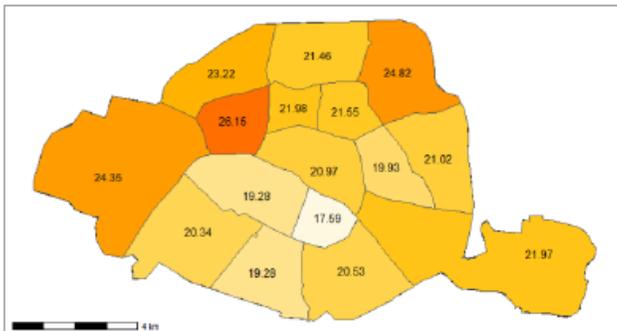
# Données annuelles de consommation d'antibiotiques de la CPTS

- Mise en ligne d'un **diaporama de synthèse de données franciliennes** de consommation antibiotiques et résistances, à disposition des EMA et autre professionnels intéressés par le BUA
- Partenariat avec la DRSM
  - => Nettoyage de la base
  - => **Création d'un outil de datavisualisation en R-Shiny** pour avoir les données locales de consommations à l'échelle CPTS



Paris : Données par CPTS de consommation d'antibiotiques

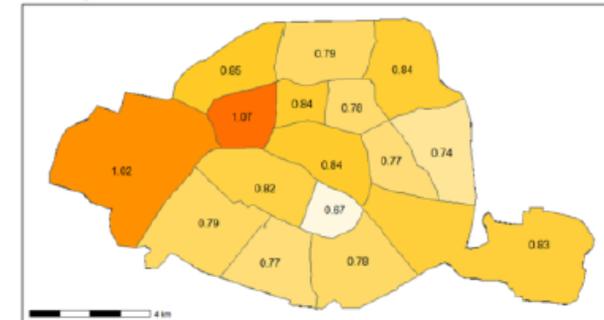
All ATB



DDJ/1000 hbse/jour

Paris : Données de consommation de fluoroquinolones par CPTS

fluoroquinolones

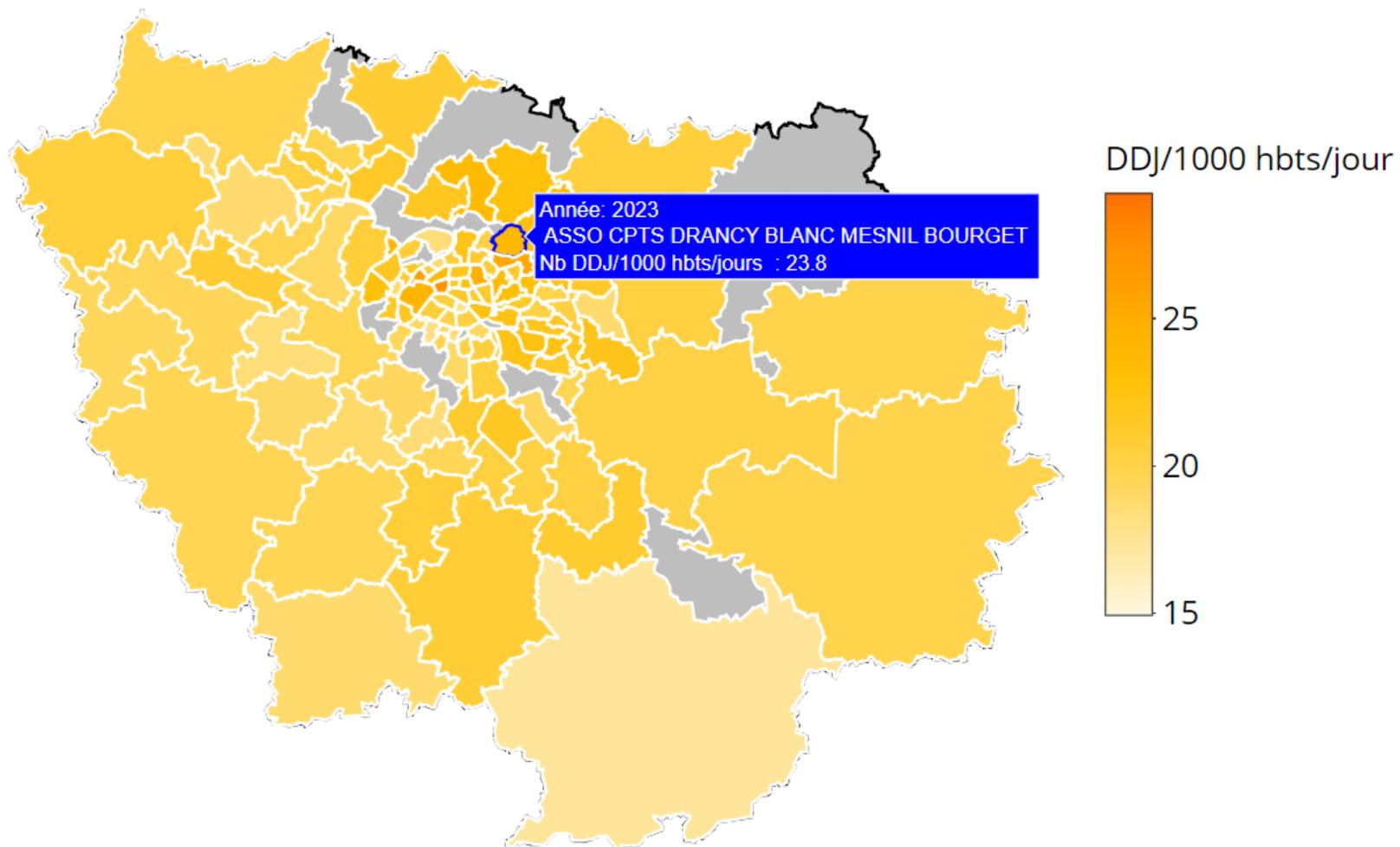


DDJ/1000 hbse/jour  
0,7 0,8 0,5 1,0



# Données annuelles de consommation d'antibiotiques de la CPTS

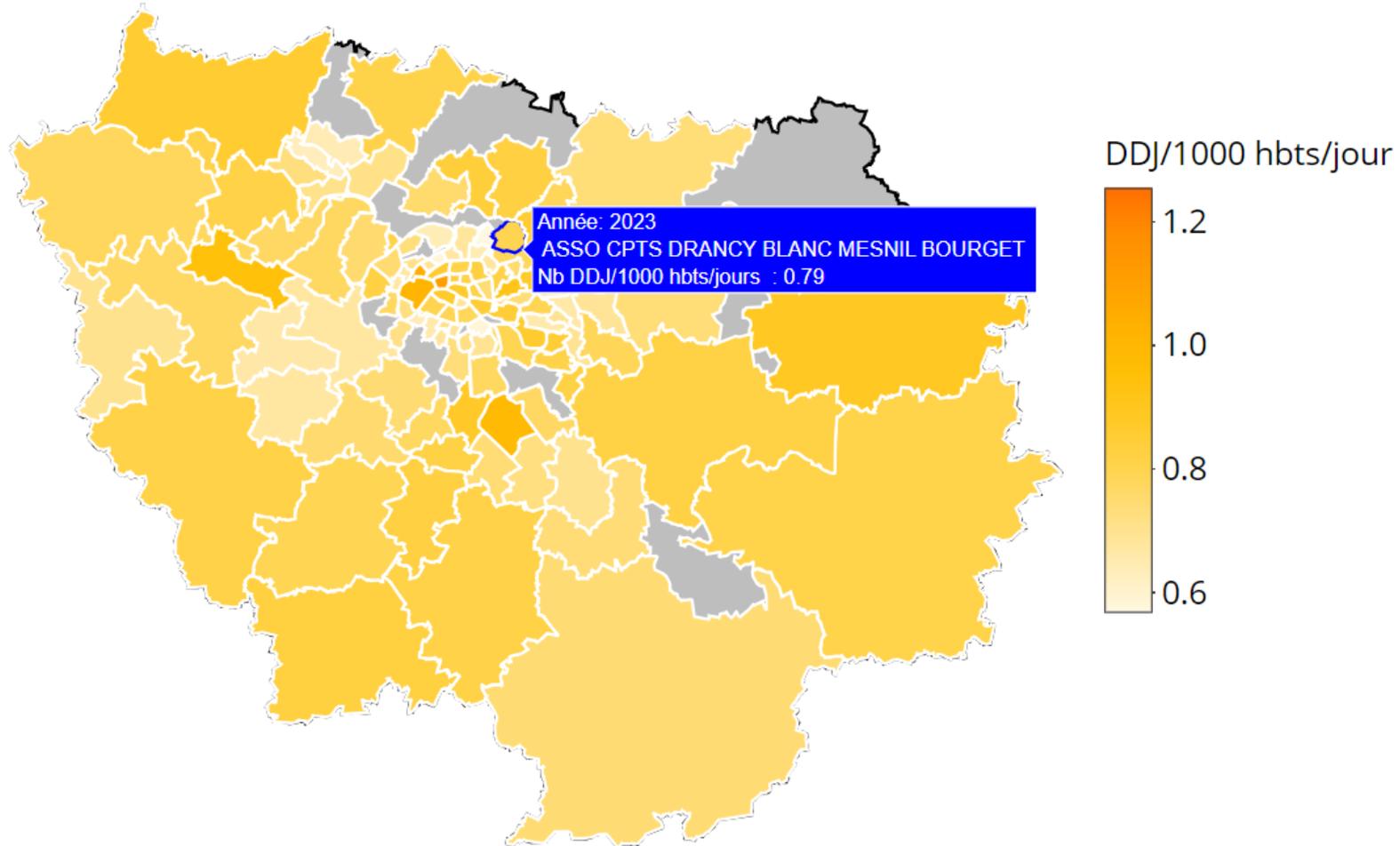
*J01-All ATB en 2023*





# Données annuelles de consommation d'antibiotiques de la CPTS

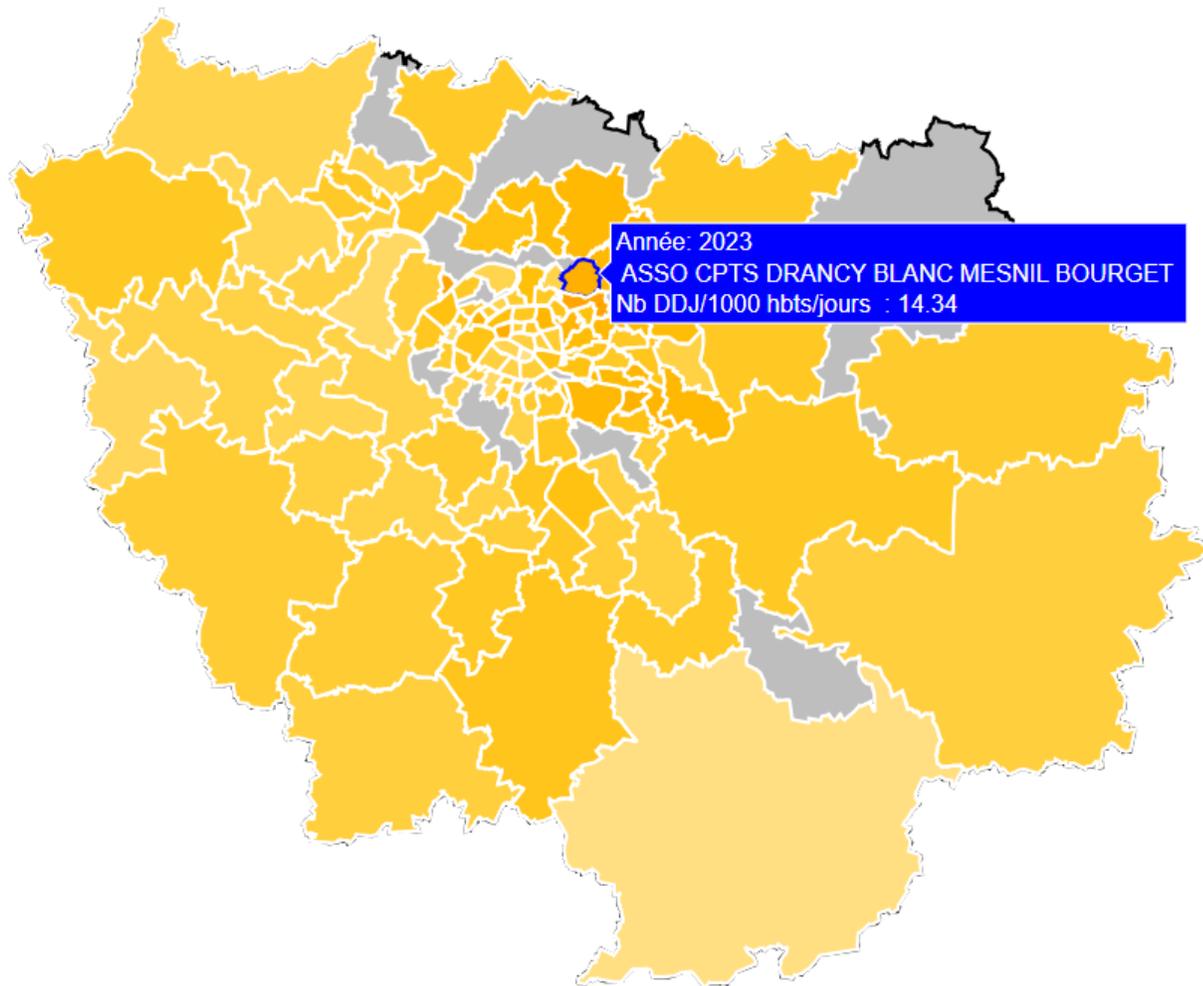
## *J01MA-fluoroquinolones en 2023*



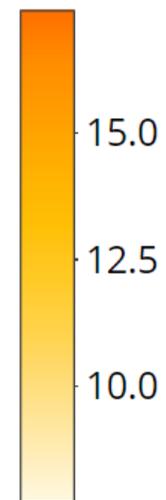


# Données annuelles de consommation d'antibiotiques de la CPTS

## J01C-Penicillines en 2023



DDJ/1000 hbts/jour



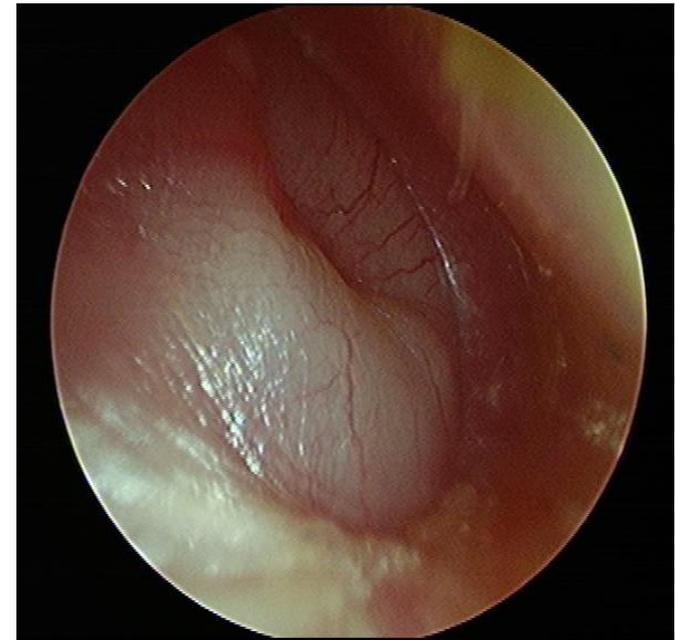


5

**Un exemple des spécificités de l'exercice du  
médecin en ville**

## Un cas clinique banal

- Vous recevez en consultation Paul, 3 ans, pour une fièvre évoluant depuis 24h
- Comme vous le rapporte la maman, « Paul a déjà fait plusieurs otites, qui ont bien évolué sous antibiotique ».
- Paul et ses parents doivent partir en vacances dans 2 jours. Ils sont persuadés qu'il s'agit à nouveau d'une otite et ne veulent pas gâcher leurs vacances avec cette infection.
- A l'examen :
  - T 37,5°C sous paracétamol
  - Bon état général, un peu ronchon
  - ACP normale
  - Vous retrouvez l'aspect suivant à l'otoscopie :



FICHE

Otite moyenne aiguë purulente  
de l'enfant

Validée en novembre 2016

Mise à jour en juil. 2021

**En cas d'otite moyenne aiguë purulente - enfant > 2 ans avec symptômes modérés :**

- pas d'antibiotique en première intention ;
- réévaluation de l'enfant dans les 48-72 heures, en cas d'aggravation, instauration d'une antibiothérapie.

## ...la vraie vie...

- Comme vous le rapporte la maman, « Paul a déjà fait plusieurs otites, qui ont bien évolué sous antibiotique ».
- Paul et ses parents doivent partir en vacances dans quelques jours. Ils sont persuadés qu'il s'agit à nouveau d'une otite et ne veulent pas gâcher leurs vacances avec cette infection.
- Vous retrouvez l'aspect suivant à l'otoscopie



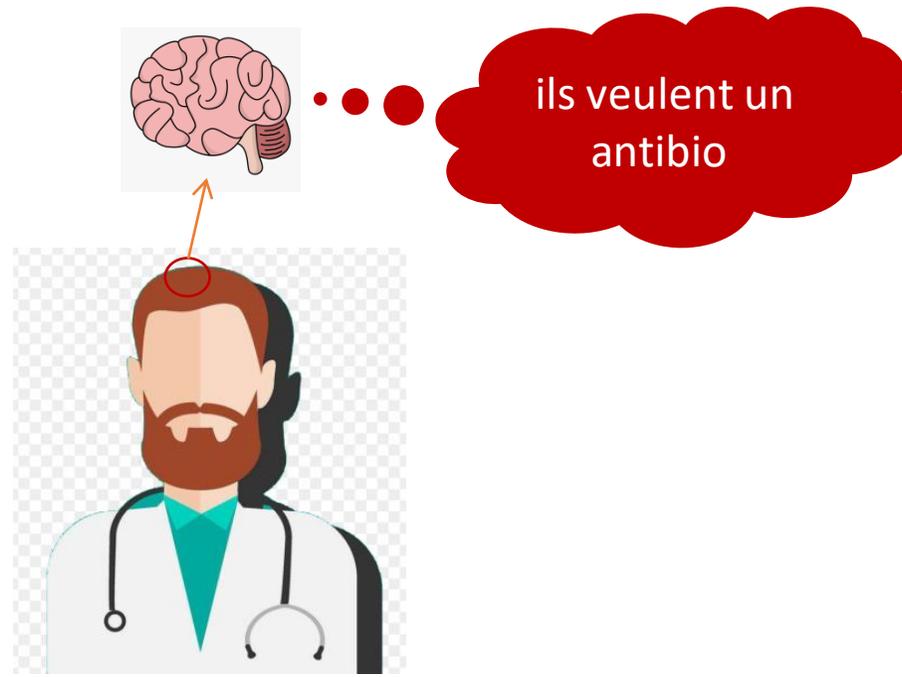
## ...la vraie vie...

- Comme vous le rapporte la maman, « **Paul a déjà fait plusieurs otites, qui ont bien évolué sous antibiotique** ».
- Paul et ses parents doivent **partir en vacances** dans quelques jours. **Ils sont persuadés qu'il s'agit à nouveau d'une otite** et **ne veulent pas gâcher leurs vacances** avec cette infection.
- Vous retrouvez l'**aspect suivant** à l'otoscopie



## ...la vraie vie...

- Comme vous le rapporte la maman, « **Paul a déjà fait plusieurs otites, qui ont bien évolué sous antibiotique** ».
- Paul et ses parents doivent **partir en vacances** dans quelques jours. **Ils sont persuadés qu'il s'agit à nouveau d'une otite** et **ne veulent pas gâcher leurs vacances** avec cette infection.
- Vous retrouvez l'**aspect suivant** à l'otoscopie



## ...la vraie vie...

- Comme vous le rapporte la maman, « **Paul a déjà fait plusieurs otites, qui ont bien évolué sous antibiotique** ».
- Paul et ses parents doivent **partir en vacances** dans quelques jours. **Ils sont persuadés qu'il s'agit à nouveau d'une otite** et **ne veulent pas gâcher leurs vacances** avec cette infection.
- Vous retrouvez l'**aspect suivant** à l'otoscopie

Je vais pas prendre de risque pour un antibio

Impossible de le réévaluer dans 48h...

Otite séreuse, OMA ?  
Pfff j'en sais rien !

Et s'il faisait une complication ?



ils veulent un antibio



## ...la vraie vie...

- Comme vous le rapporte la maman, « **Paul a déjà fait plusieurs otites, qui ont bien évolué sous antibiotique** ».
- Paul et ses parents doivent **partir en vacances** dans quelques jours. **Ils sont persuadés qu'il s'agit à nouveau d'une otite** et **ne veulent pas gâcher leurs vacances** avec cette infection.
- Vous retrouvez l'**aspect suivant** à l'otoscopie

Je vais pas prendre de risque pour un antibio

Impossible de le réévaluer dans 48h...

Otite séreuse, OMA ?  
Pfff j'en sais rien !

Et s'il faisait une complication ?



ils veulent un antibio

= pression ressentie

R prescription ATB X10



Quels déterminants de la prescription d'antibiotiques dans des situations cliniques qui ne le nécessitent pas en ville ?

*Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales*

Claude Attali<sup>1</sup>, Stéphanie Rola<sup>1</sup>, Vincent Renard<sup>1</sup>, Françoise Roudot-Thoraval<sup>2</sup>, Olivier Montagne<sup>3</sup>,  
Philippe Le Corvoisier<sup>3</sup>, Michel Médioni<sup>1</sup>, Jacques Cittée<sup>1</sup>, Laurence Compagnon<sup>1</sup>



# Situations à risque de prescription ATB dans les infections d'origine virale de l'adulte

## 7 liées au patient

- Il demande de manière explicite des antibiotiques
- Il fait référence à des expériences passées considérées à tort ou à raison comme des échecs médicaux
- Le traitement antibiotique est déjà commencé
- Il renvoie à des épreuves douloureuses
- La prescription d'antibiotique n'est pas le principal problème de la consultation
- Le médecin est mis de façon implicite ou explicite en concurrence avec d'autres médecins /sa pratique antérieure
- Il s'agit du 2ème contact ou plus pour cet épisode

## 4 liées au médecin

- Le patient lui paraît très fatigué
- Le médecin pense que le malade a un risque particulier
- Le médecin doute de l'origine virale de la maladie
- **Le médecin a une forte conviction contre le référentiel dans cette situation**

# Situations à risque de prescription ATB dans les infections d'origine virale de l'adulte

## 7 liées au patient

- Il demande de manière explicite des antibiotiques
- Il fait référence à des expériences passées considérées à tort ou à raison comme des échecs médicaux
- Le traitement antibiotique est déjà commencé
- Il renvoie à des épreuves douloureuses
- La prescription d'antibiotique n'est pas le principal problème de la consultation
- Le médecin est mis de façon implicite ou explicite en concurrence avec d'autres médecins /sa pratique antérieure
- Il s'agit du 2ème contact ou plus pour cet épisode

## 4 liées au médecin

- Le patient lui paraît très fatigué
- Le médecin pense que le malade a un risque particulier
- Le médecin doute de l'origine virale de la maladie
- **Le médecin a une forte conviction contre le référentiel dans cette situation**

## Contexte psychosocial du patient :

- troubles psychologiques : anxiété, agressivité/ « patient agressif » ;
- difficultés pour convaincre liées au niveau social ou aux connaissances du patient ;
- pression familiale ressentie par le médecin : « accompagné de sa femme infirmière », « accompagnée pour la première fois » ;
- manque d'arguments en fonction du contexte, impossibilité de convaincre ;
- suivi impossible d'un patient de passage.

## Contexte d'exercice :

- fatigue du médecin : « médecin fatigué et demande forte », « surcharge de travail », « en retard et pas le temps ».

## La multiplicité des problèmes :

- histoire médecin/malade qui incite à prescrire dans ces situations : premier contact, remplacement du médecin habituel, expériences passées communes négatives, etc.



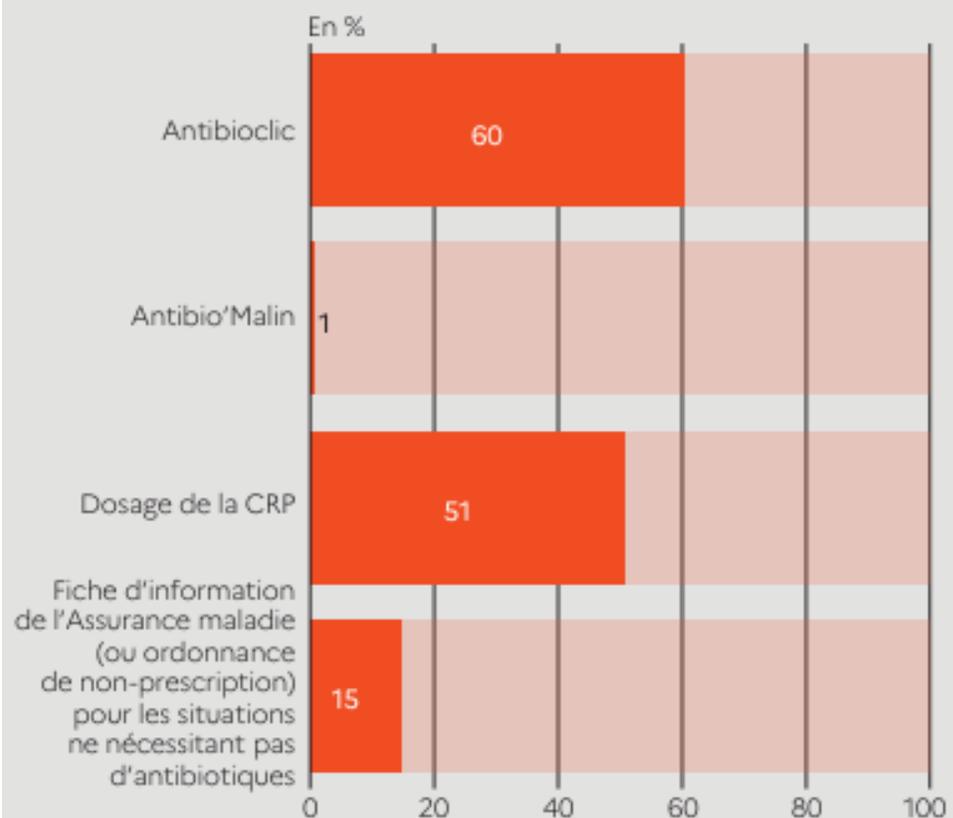
# Les difficultés des MG ne sont pas de trouver les recos

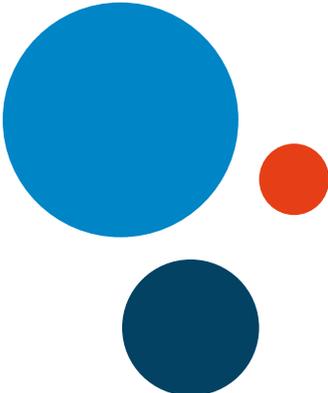
**Tableau 1** Profils de médecins selon leurs pratiques en matière de prescriptions d'antibiotiques et de relations avec les patients

Part de médecins « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec les assertions suivantes	Ensemble
<b>Vous vous fiez avant tout à votre propre jugement et à votre expérience</b>	<b>87,7</b>
Plutôt d'accord	59,1
Tout à fait d'accord	28,6
<b>Vous tenez compte du désir du patient de retourner rapidement au travail</b>	<b>43,5</b>
Plutôt d'accord	31,2
Tout à fait d'accord	12,2
<b>Vous anticipez la possibilité de complications de l'infection</b>	<b>63,9</b>
Plutôt d'accord	50,7
Tout à fait d'accord	13,2
<b>Il est légitime que des patients puissent demander un antibiotique</b>	<b>23,9</b>
Plutôt d'accord	19,1
Tout à fait d'accord	4,8
<b>Vous demandez au patient quelle option thérapeutique il préfère</b>	<b>21,5</b>
Plutôt d'accord	17,7
Tout à fait d'accord	3,7
<b>Vous patient et vous sélectionnez une option thérapeutique ensemble</b>	<b>65,5</b>
Plutôt d'accord	51,6
Tout à fait d'accord	13,9

**8 médecins sur 10 ont du mal à refuser un antibiotique aux patients qui leur en demandent**

**Graphique 3** Outils utilisés régulièrement par les médecins généralistes pour aider au choix thérapeutique et à la communication avec les patients



 **MERCI !**

Suivez-nous sur les réseaux sociaux !

 *Centre Régional en Antibiothérapie · Île-de-France*

 *@cratb-idf.bsky.social*

 [cratb.idf@aphp.fr](mailto:cratb.idf@aphp.fr)

 27 rue Juliette Dodu, 75010 PARIS

 <https://cratb-ile-de-france.fr>