

Actualités sur les antibiotiques : les mises à jour des recommandations, les durées des antibiothérapies, la désescalade, les outils...

Eric Bonnet

Membre du Groupe des Référentiels de la SPILF

Membre du Groupe Bon Usage des Antibiotiques de la SPILF

Equipe Mobile d'Infectiologie.

Hôpital Joseph Ducuing.

Clinique Pasteur. Clinique Médipôle Garonne.

Toulouse

Les dernières recommandations

- Endocardites infectieuses
 - Positionnement de la SPILF sur les recommandations européennes
- Infections urinaires communautaires
 - Mise à jour
- Paludisme
- Méningites
- Autres (SPILF = Société associée)
 - Diverticulites
 - Infection à *Helicobacter pylori*

Endocardites infectieuses



Avant-propos

- Les diapositives qui suivent ont été réalisées à partir des recommandations 2015 de l'ESC et adaptées, par le comité des référentiels de la SPILF et l'AEPEI, au contexte français.

Articles de références:

- Habib G et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. Eur Heart J 2015. doi:10.1093/eurheartj/ehv319
- Tattevin P, Mainardi J-L. Analysis of the 2015 American and European guidelines for the management of infective endocarditis. Med Mal Infect 2016. doi:10.1016/j.medmal.2016.05.008.

5 nouveautés / points forts (1)



1. Rifampicine

- indiquée pour toutes les endocardites à staphylocoque sur valve prothétique
- d'emblée ou après 48 heures d'antibiothérapie

2. Gentamicine

- aucune indication dans les endocardites à staphylocoque sur valve native
- quand indiquée, dose unique journalière

3. Daptomycine

- toujours à fortes doses (≥ 10 mg/kg/j)
- En association sauf exception



Durée de traitement

- Endocardite sur prothèse : 6 semaines
- Endocardite sur valve native : 2-6 semaines, selon la bactérie et son niveau de sensibilité
- En l'absence de chirurgie, le J0 de l'antibiothérapie est le 1^{er} jour d'obtention d'hémocultures négatives
- Si chirurgie cardiaque en cours de traitement, 2 situations :
 - culture valve positive : J0 de l'antibiothérapie = jour de chirurgie;
 - culture valve négative : J0 de l'antibiothérapie = date 1^{ère} hémoculture négative, avec durée minimale de traitement postopératoire de 14 jours.



Endocardites à staphylocoques (1)

- **Positionnement de la gentamicine**
 - Uniquement pour les endocardites sur valve prothétique, en 1 fois par jour
- **Positionnement des céphalosporines**
 - chez les patients allergiques à la pénicilline ayant présenté des réactions non anaphylactiques :
 - la cefazoline 80-100 mg/kg/j est le traitement de choix (recommandations SPILF-ANSM 2016 « Alternatives aux pénicillines M injectables »)
 - le céfotaxime ou la ceftriaxone ne doivent pas être utilisées (moins efficace, impact plus grand sur le microbiote)



Endocardites à staphylocoques (2)

- **Positionnement de la daptomycine**
 - Alternative à la vancomycine pour les endocardites sur valve prothétique et pour les endocardites sur valve native, surtout si :
 - CMI vancomycine > 1 mg/l
 - échec thérapeutique sous vancomycine
 - insuffisance rénale non dialysée
- **Modalités d'utilisation de la daptomycine**
 - **Bithérapie** si traitement de rattrapage après échec de la vancomycine OU CMI vancomycine > 1mg/L
 - **Trithérapie** si endocardite sur prothèse
- **Modalités d'utilisation de la vancomycine**
 - 30-60 mg/kg/j en continu (après dose de charge de 15 à 30 mg/kg)
 - Objectif: concentration à l'équilibre 15-20 mg/l



Endocardites à staphylocoques (3)

- **Dans les endocardites sur prothèse:** il est possible de débuter la rifampicine simultanément aux 2 antibiotiques partenaires (gentamicine + vancomycine ou betalactamine)

- **Traitement alternatif par cotrimoxazole et clindamycine :** les rares données disponibles (étude monocentrique observationnelle), ne permettent pas de recommander cette alternative, d'autant que le cotrimoxazole est moins efficace que la vancomycine dans 2 essais randomisés



Endocardite à *Enterococcus faecalis* (1)

- L'ampicilline est remplacée par l'amoxicilline.
- Si l'option amoxicilline/gentamicine est choisie, la gentamicine est administrée en 1 injection/j, pour une durée de 2 semaines.
- L'association vancomycine/gentamicine est à réserver aux allergies vraies aux pénicillines.
- L'objectif de concentration résiduelle ou à l'équilibre de vancomycine est de 15-20 mg/L



Endocardite à *Enterococcus faecalis* (2)

- L'association amoxicilline / ceftriaxone est à privilégier en cas de risque de toxicité rénale ou vestibulo-cochléaire des aminosides, notamment si DFG < 50 ml/mn
 - La ceftriaxone est administrée en 2 injections/jour
 - Traitement de 6 semaines, même si valve native
 - La ceftriaxone peut être remplacée par le céfotaxime

Positionnement de la SPILF

Traitement empirique des endocardites

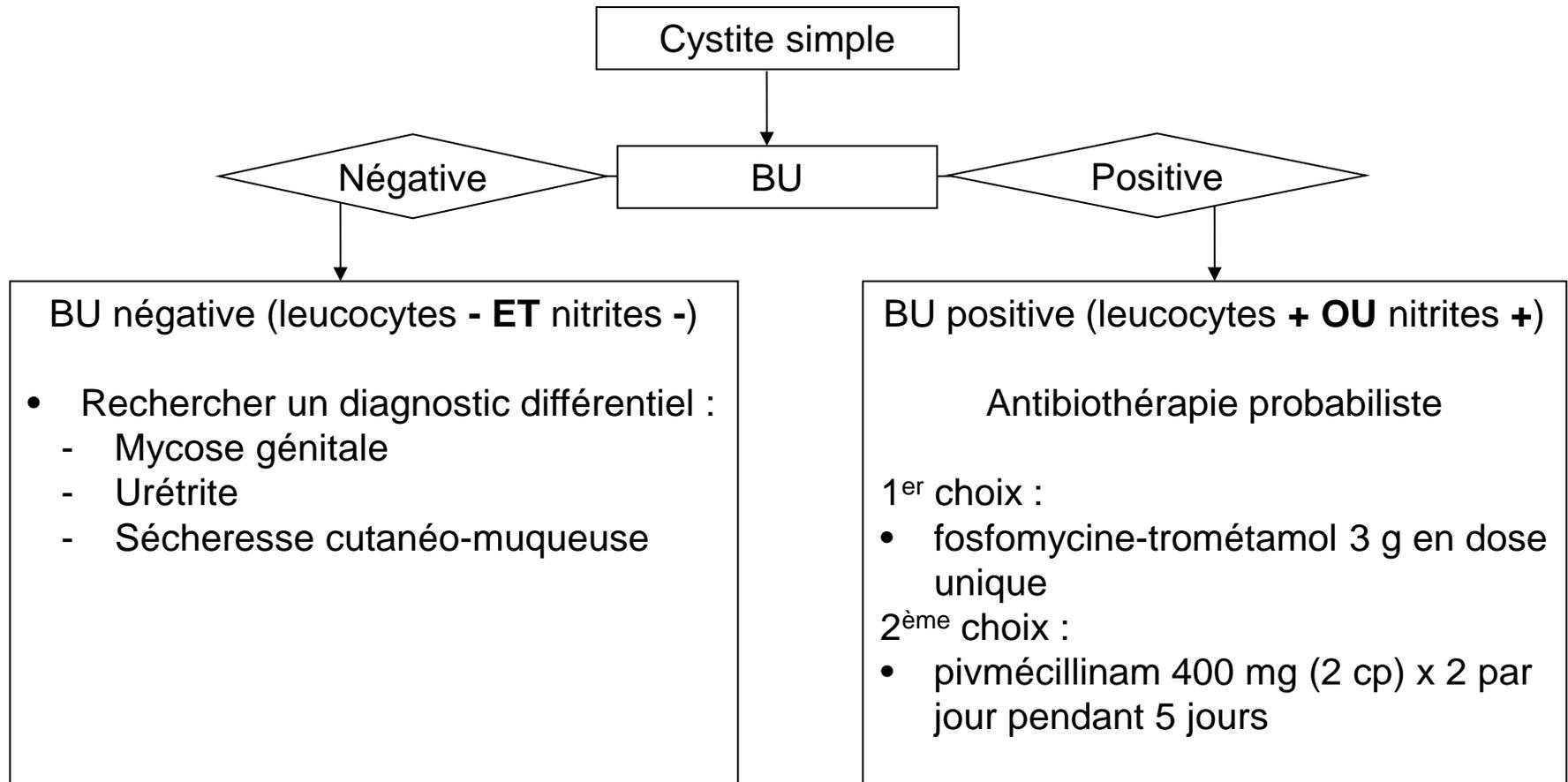


Ce cadre doit être restreint et couvrir un nombre de situations très limité:

- Dans la plupart des cas, **il n'est pas nécessaire de débiter une antibiothérapie probabiliste en urgence**
- Aucune suspicion d'endocardite ne justifie un traitement sans avoir prélevé au moins 3 paires d'hémocultures et d'éventuels sites secondaires (arthrite, etc.)
- La complexité des situations incite à prendre en compte de nombreux paramètres (contage, terrain, évolutivité, porte d'entrée), idéalement dans une décision multidisciplinaire
- L'antibiothérapie sera adaptée secondairement aux résultats microbiologiques

Infections urinaires communautaires

Cystites simples



Cystites à risque de complication

Cystite à risque de complication
= ECBU

Traitement pouvant être différé de 24-48h
Antibiothérapie initiale adaptée à
l'antibiogramme :

- 1^{er} choix amoxicilline
- 2^{ème} choix pivmécillinam
- 3^{ème} choix nitrofurantoïne
- 4^{ème} choix fosfomycine-trométamol
- 5^{ème} choix triméthoprime (TMP)

Traitement ne pouvant être différé
Antibiothérapie initiale probabiliste

- 1^{er} choix nitrofurantoïne
- 2^{ème} choix fosfomycine - trométamol

Adaptation à l'antibiogramme dès que
possible

Durée totale

- Amoxicilline, pivmécillinam et nitrofurantoïne : 7 j
- Fosfomycine- trométamol : 3 g à J1-J3-J5
- TMP : 5 j

Définitions

Facteurs de risques de complication :

- toute anomalie de l'arbre urinaire
- certains terrains :
 - homme
 - grossesse
 - sujet âgé « fragile »
 - clairance de créatinine < 30 ml/mn
 - immunodépression grave

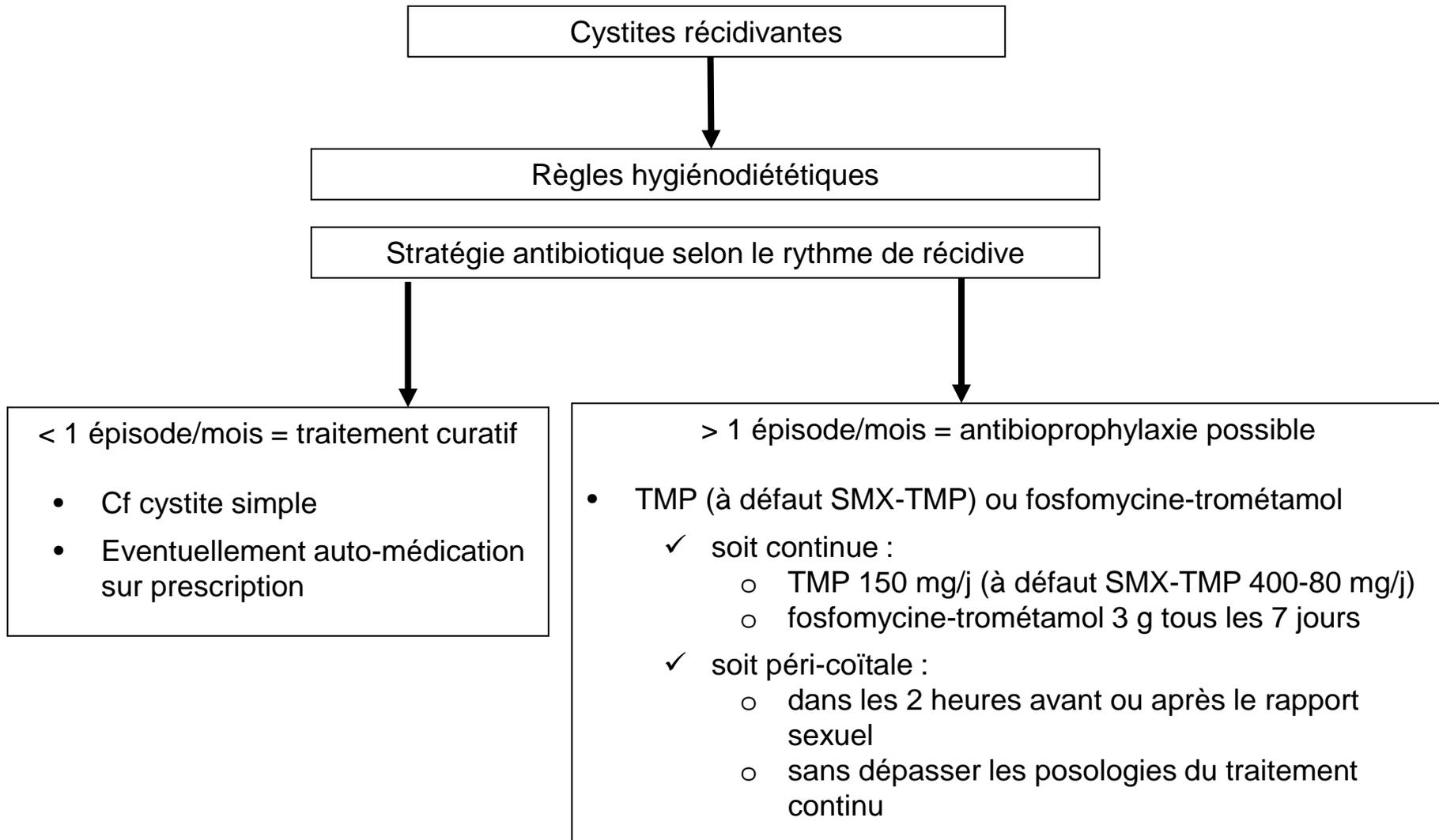
Eléments de gravité :

- sepsis sévère (Quick SOFA \geq 2)
- choc septique
- geste urologique (hors sondage simple)

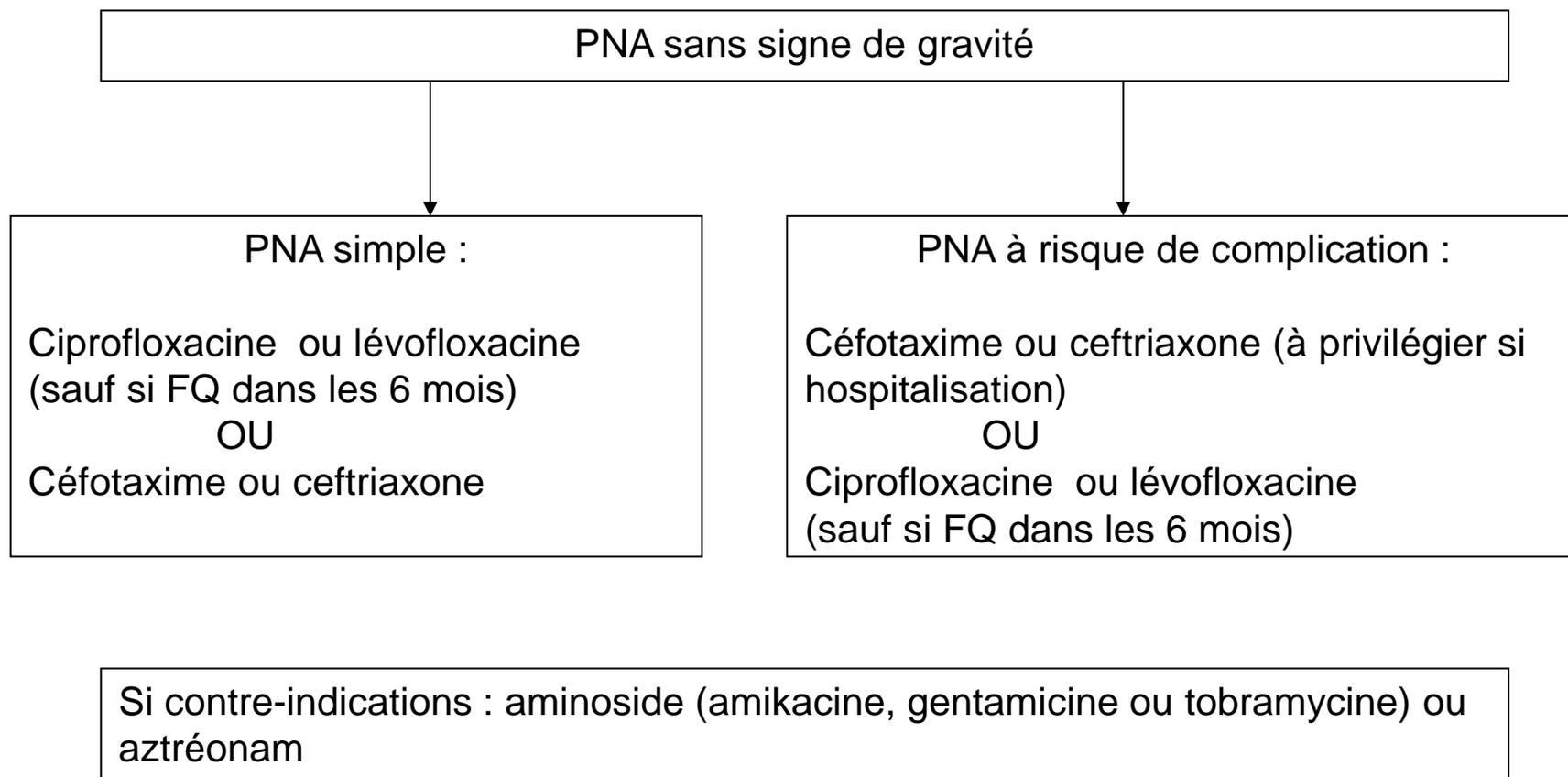
Facteurs de risques d'EBLSE :

- antécédent de colonisation/IU à EBLSE < 6 mois
- amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois
- voyage en zone d'endémie EBLSE
- hospitalisation < 3 mois
- vie en institution de long séjour

Cystites récidivantes



PNA - stratégie probabiliste (1)



PNA - stratégie probabiliste (2)

PNA avec signes de gravité (quick-SOFA \geq 2) **OU** geste urologique urgent

Pas de choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois, choix selon la documentation microbiologique antérieure :

- Piperacilline-tazobactam + amikacine si souche sensible
- A défaut imipénème ou méropénème + amikacine

Choc septique

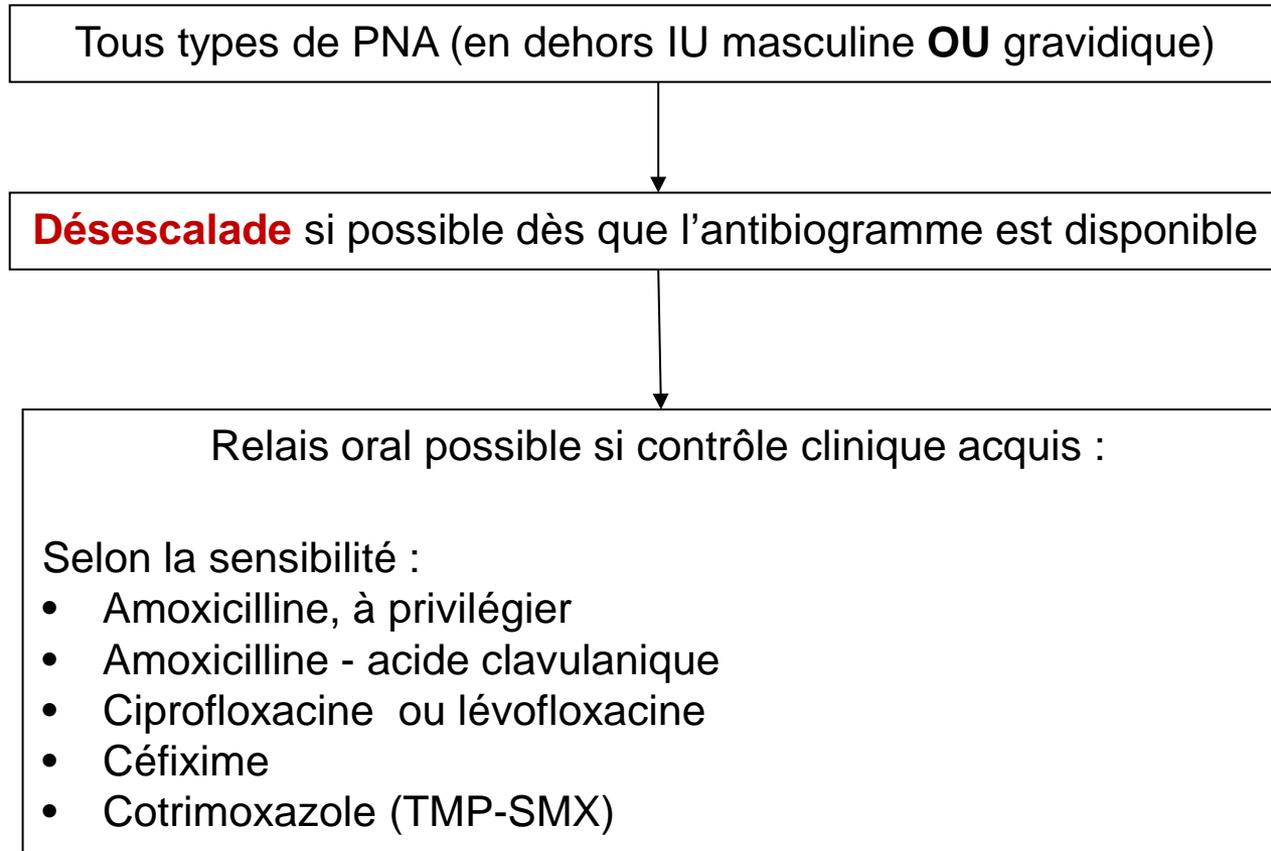
Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation à EBLSE < 6 mois, **OU** amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois **OU** voyage en zone d'endémie EBLSE

Imipénème ou méropénème + amikacine

PNA - antibiothérapie de relais

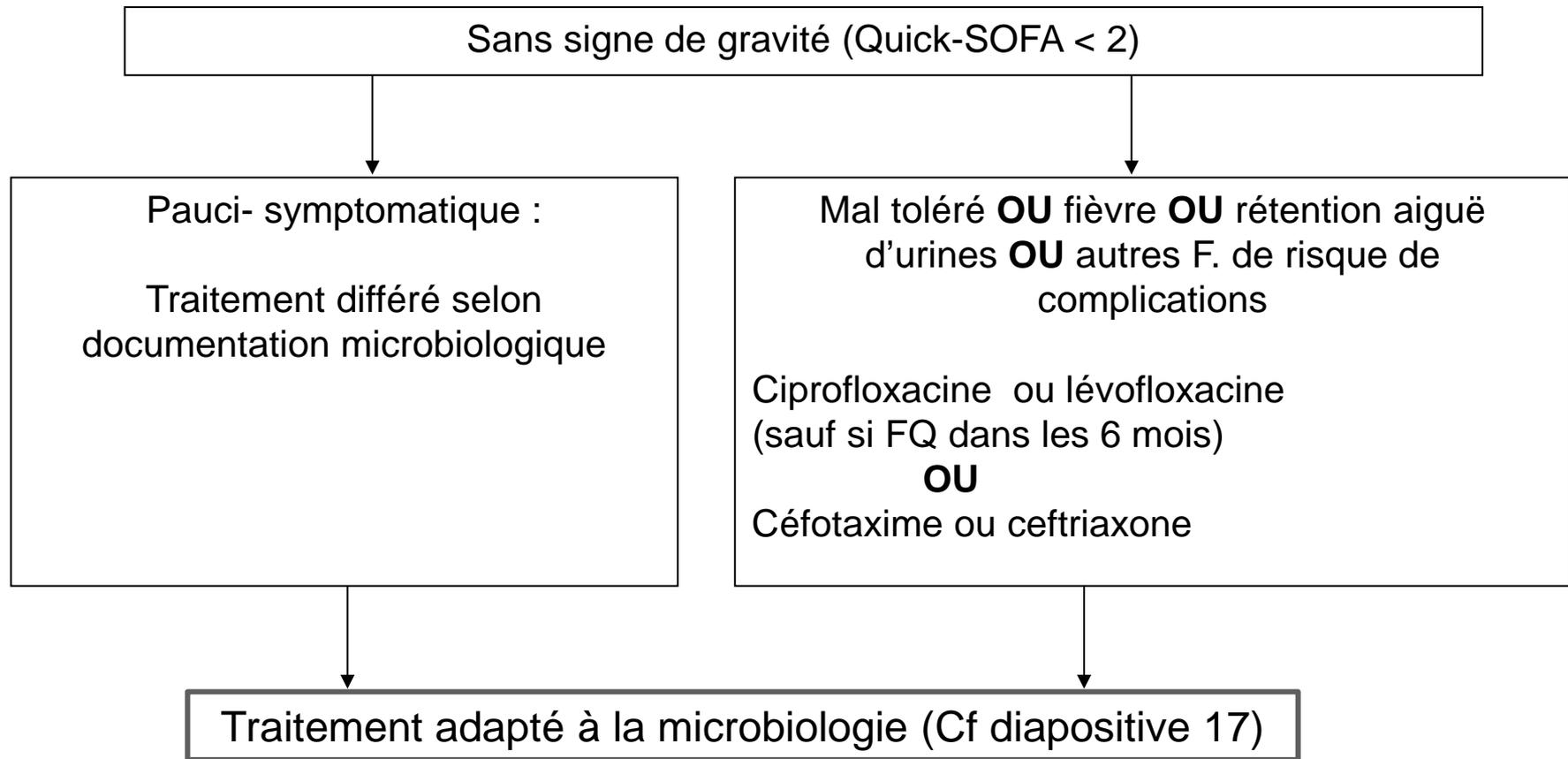




PNA - durée de traitement

- PNA simple
 - 7 j si β -lactamine parentérale **OU** fluoro-quinolone
 - 5 j si aminoside en monothérapie
 - 10 j dans les autres cas
- PNA à risque de complication
 - 10 j si évolution rapidement résolutive
 - 14 j autres situations
 - Au cas par cas, rares indications de traitement plus prolongé.

IU masculine - stratégie probabiliste (1)



Durée de traitement

- 14 j si ciprofloxacine, lévofloxacine, cotrimoxazole, β -lactamines injectables
- 21 j pour les autres molécules **OU** si uropathie sous jacente non corrigée

IU masculine - stratégie probabiliste (2)

Avec signes de gravité (quick-SOFA \geq 2) OU geste urologique urgent

Pas de choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation urinaire à EBLSE < 6 mois, choix selon la documentation microbiologique antérieure :

- Piperacilline-tazobactam + amikacine si souche sensible
- A défaut imipénème ou méropénème + amikacine

Choc septique

Céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine

Si allergie : aztréonam + amikacine

Si atcd d'IU/colonisation à EBLSE < 6 mois, **OU** amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois **OU** voyage en zone d'endémie EBLSE

Imipénème ou méropénème + amikacine

Traitement adapté à la microbiologie (Cf diapositive 17)

Durée de traitement

- 14 j si ciprofloxacine, lévofloxacine, cotrimoxazole, β -lactamines injectables
- 21 j pour les autres molécules **OU** si uropathie sous jacente non corrigée

IU masculines – traitement documenté

	Choix antibiotique selon la sensibilité
1 ^{er} choix	Ciprofloxacin, lévofloxacin
2 ^{ème} choix	Cotrimoxazole (SMX-TMP)
3 ^{ème} choix	Céfotaxime, ceftriaxone
4 ^{ème} choix	Céfoxitine (<i>E. coli</i>), pipéracilline-tazobactam, témocilline
5 ^{ème} choix	Imipénème, méropénème Ertapénème (si ≥ 80 kg : 1 g x 2)

IU gravidiques : colonisation

Colonisation urinaire (bactériurie asymptomatique)
1 culture monomicrobienne $\geq 10^5$ ufc/mL



Traitement d'emblée selon l'antibiogramme

- 1^{er} choix : amoxicilline
- 2^{ème} choix : pivmécillinam
- 3^{ème} choix : fosfomycine-trométamol
- 4^{ème} choix : TMP (à éviter les 2 premiers mois)
- 5^{ème} choix (hiérarchie selon impact écologique) :
 - nitrofurantoïne
 - cotrimoxazole (SMX-TMP, à éviter les 2 premiers mois)
 - amoxicilline-acide clavulanique
 - cefixime

Durée totale : 7 jours sauf fosfomycine-trométamol 1 jour

Prise en charge des formes non compliquées d'accès palustre

Critères de prise en charge ambulatoire (1)

Cliniques

- Disponibilité d'un diagnostic parasitologique fiable
- Absence de situation d'échec d'un premier traitement
- Aucun signe de gravité clinique ou biologique
- Absence de troubles digestifs
- Absence de grossesse
- Absence de facteur de risque de gravité

Biologiques

- Parasitémie inférieure à 2%
- Plaquettes > 50 G/
- Hémoglobine > 100 g/dl
- Créatininémie < 150 $\mu\text{mol/L}$

- Administration de la 1^{ère} dose du traitement au service des urgences ou en consultation
- Surveillance minimale de deux heures après la première prise
- Organiser le suivi avec consultation médicale et bilan biologique à J3, J7 et J28

Formes non compliquées d'accès palustre à *P. falciparum* - traitement

Adulte
en dehors de la grossesse

Arténimol–Pipéraquine (Eurartesim[°]) 3 jours

Ou

Artéméther–Luméfantrine (Riamet[°]) 4cp en 1 prise à H0 H8 H24 H36 H48 H60

Autres choix:

2^{ème} intention: Atovaquone-proguanil (Malarone[°]) 3 jours

3^{ème} intention: Quinine par voie orale 7 jours

En cas de vomissements

Quinine IV

8 mg/kg/8h IV prolongée de 4 heures ou 24mg/kg/j en continu, sans dose de charge, puis relai par antipaludique oral

Prévention du paludisme

Prévention du paludisme : points forts

- Le risque d'acquérir un paludisme est globalement 1000 fois plus important pour un séjour en Afrique sub-saharienne que pour un séjour en Asie ou Amérique tropicale:
 - ✓ Afrique 1 à 3 % pour un mois d'exposition
 - ✓ Asie : 0,002 %
 - ✓ Amérique du Sud 0,001 %
- A l'inverse de l'Afrique sub-Saharienne, les séjours touristiques «conventionnels» (séjours de moins d'un mois avec nuitées en zone urbaine) d'Asie et d'Amérique tropicales exposent à un risque faible où la balance bénéfique/risque n'est pas en faveur d'une chimioprophylaxie:
 - ✓ Incidence des effets secondaires graves de la chimioprophylaxie antipalustre = 1/100 000

Protection personnelle anti vectorielle

Stratégies selon le séjour

Séjour court ou itinérant			Séjour long et fixe (résident, expatrié)	
Moustiquaire imprégnée (++++)	OU ventilation/ climatisation (+) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)	OU moustiquaires de fenêtres et de portes (++) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)	Moustiquaire imprégnée (++++)	OU ventilation/ climatisation (+) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)
Vêtements longs idéalement imprégnés (++)			Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides rémanents (+++)	
Répulsifs cutanés en zone exposée (++)			Moustiquaires de fenêtres et de portes (++)	
Serpentins fumigènes à l'extérieur le soir (+)			Vêtements imprégnés (++)	
			Répulsifs cutanés à l'extérieur (++)	
			Serpentins fumigènes à l'extérieur le soir (+)	

En grisé, mesures importantes supplémentaires en cas de période de transmission maximale ou en cas d'épidémie.

Critères de choix des 3 antipaludiques recommandés:

Les 3 molécules ont une efficacité similaire

- Coût
- Tolérance
- Simplicité de prise et durée de la prophylaxie

Atovaquone-proguanil	Séjours courts (poursuite 7 jours après le retour)
Doxycycline*	Voyageurs à budget limité
Méfloquine	Séjours prolongés (prise hebdomadaire)

* Commentaires du groupe recommandations SPILF: Impact potentiel sur la résistance bactérienne

Méningites

Points forts

- Les troubles de la conscience isolés ne sont pas une contre-indication à la ponction lombaire (PL)
- Les indications de l'imagerie cérébrale avant la PL sont rares
- L'impossibilité de pratiquer une PL dans les plus brefs délais impose la mise en route immédiate de la dexaméthasone et de l'antibiothérapie après réalisation d'une paire d'hémocultures
- En cas d'oubli, la dexaméthasone peut être administrée jusqu'à 12 H après la première dose d'antibiotique
- Le céfotaxime ou la ceftriaxone sont les deux antibiotiques de première intention
- Le suivi pendant 12 mois est recommandé pour détecter les complications tardives

Diverticulite

Diverticulite aiguë simple (1)

A	Le traitement ambulatoire est recommandé en cas de diverticulite non compliquée en l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable.
A	Le traitement symptomatique sans antibiotique des diverticulites non compliquées confirmées par le scanner est recommandé en l'absence de signes de sepsis sévère, d'immunodépression*, de score ASA>3** ou de grossesse.
C	En l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable, la réalisation de ce traitement est recommandée en ambulatoire.
AE	Dans cette situation une surveillance clinique est recommandée.

* Immunodépression congénitale ou acquise, traitement immunosupresseur, corticothérapie systémique, cancer évolutif, insuffisance rénale terminale



Diverticulite aiguë compliquée : traitement médical

► Forme abcédée

AE	Une antibiothérapie par voie intraveineuse est recommandée associant amoxicilline-acide clavulanique et gentamicine, ou céfotaxime et métronidazole, ou ceftriaxone et métronidazole. En cas d'allergie prouvée, une association lévofloxacine, gentamicine et métronidazole.
	En l'absence d'argument scientifique, la durée de l'antibiothérapie ne peut pas faire l'objet de recommandations.
	Il est recommandé de drainer radiologiquement les abcès diverticulaires lorsque cela est techniquement faisable.

► Forme perforée

C	Une antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou drainage radiologique est recommandée pour les diverticulites perforées avec présence de bulles de pneumopéritoine péricolique et en l'absence de signe clinique de péritonite.
AE	Une antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou drainage radiologique, est recommandée pour les diverticulites perforées avec présence de bulles de pneumopéritoine à distance et en l'absence de signe clinique de péritonite.

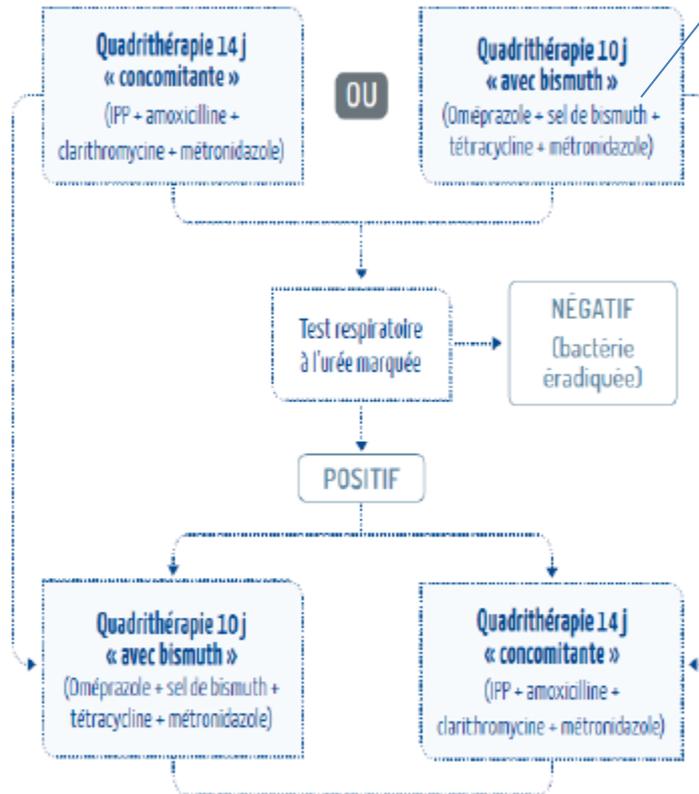
Au total, ce qui change par rapport à 2006

- Imagerie systématique
- Diverticulite simple : traitement symptomatique sans antibiotique en 1^{ère} intention (2006 : amoxicilline/acide clavulanique 7 à 10 j)
- Diverticulite compliquée : antibiothérapie préconisée par la recommandation SFAR 2015 (2006 : amoxicilline/ac. clav. en monothérapie)
- Pas de coloscopie systématique si diverticulite simple
- Moins d'indications de chirurgie électorive

Infection par *Helicobacter pylori*

TRAITEMENT PROBABILISTE

Pyléra°



Positif: Gastroscope + biopsies avec étude de la sensibilité aux antibiotiques

Test respiratoire à l'urée marquée

NÉGATIF
(bactérie éradiquée)

Durée de traitement

- Rappel



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Médecine et
maladies infectieuses

Médecine et maladies infectieuses 47 (2017) 92–141

Original article

Proposal for shorter antibiotic therapies

Propositions pour des antibiothérapies plus courtes

C. Wintenberger^a, B. Guery^b, E. Bonnet^c, B. Castan^d, R. Cohen^e, S. Diamantis^f, P. Lesprit^g,
L. Maulin^h, Y. Péanⁱ, E. Peju^j, L. Pirothⁱ, J.P. Stahl^k, C. Strady^l, E. Varon^m, F. Vuotto^b,
R. Gauzit^{n,*}, Recommendation Group of the SPILF

- Cf infections urinaires et endocardites
- A venir : infections cutanées (Document HAS-SPILF-SFD en cours de finalisation)
- Pneumopathies : 3 jours !

Désescalade

- Définition

Concept de désescalade thérapeutique

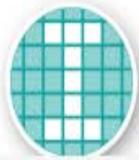
- Réduire le spectre antibactérien d'une antibiothérapie de 1^{ère} ligne (monothérapie ou association) après réévaluation, à partir de données cliniques, microbiologiques, ou épidémiologiques, afin de limiter:
 - ✓ la pression de sélection antibiotique et l'émergence de mutants résistants
 - ✓ Le risque d'infection à clostridium difficile
- Sans diminution de l'activité antibactérienne pour les germes cibles.

Désescalade

- Intérêt de la réévaluation à 48-72H +++
- Quelques exemples
 - Streptocoques
 - Céphalosporines → amoxicilline(-acide clavulanique)
 - Staphylocoques méti-S
 - Glycopeptides (vancomycine) → oxa ou cloxacilline (IV) ou céfazoline...voire amoxicilline si staphylo péniG-S
 - BGN
 - Carbapénèmes (ou Pip-tazobactam) → CIIIIG voire amoxiclav ou même amoxi
 - CIIIIG → amoxiclav ou même amoxicilline

} cf IU

Les outils : exemple du groupe Bon Usage des Antibiotiques



INFECTIOLOGIE.com

ACCÈS MEMBRES

Recherche



Infectiologie ▾

Groupes de travail ▾

Documents ▾

Formation ▾

Congrès et Réunions ▾

VACCINATION ET PRÉVENTION

- > Journées Annuelles du Groupe Vaccination & Prévention
- > Bourses
- > Communiqués de presse du Groupe vaccination & Prévention
- > Semaine de la Vaccination
- > Fiches de synthèse du Groupe vaccination & Prévention
- > Diaporamas de formation
- > Journée de Formation en Région
- > Sous-groupes thématiques

COREB

- > Référentiels-Procédures
- > Evénements
- > Documentation
- > Mission COREB nationale

RECHERCHE

- > Bourses
- > RENARCI
- > Groupe Recherche SPILF-CMIT
- > Comité d'éthique en Infectiologie

INFECTIO-GÉRIATRIE

- > SPILF-SFGG
- > ateliers et travaux didactiques SPILF/SFGG
- > Enquêtes SPILF SFGG (en cours)
- > enquêtes SPILF/SFGG effectuées
- > Journées de l'intergroupe SPILF-SFGG
- > EHPAD
- > 12-14 Sept 2018 Formation Infectiologie du sujet âgé avec l'ESCMID Informations et inscriptions

BON USAGE ATB

- > Actualités
- > Toolbox
- > Bourse aux thèses

RÉJIF

- > Actualités
- > Bureau
- > Bourses
- > Mobilité
- > Europe
- > Toolbox

Vaccination et Prévention

COREB

Recherche

Infectio-gériatrie

Bon usage ATB

Actualités

Toolbox

Bourse aux thèses

RéJIF

Actualités

ACTUALITÉS

- [Editorial MMI " Bon usage des antibiotiques : quoi de neuf ? " Accès gratuit jusqu'au 19 janvier 2017](#)
- [Programme interministériel contre l'antibiorésistance](#)

EDITORIAL

- [Bon usage des antibiotiques : quoi de neuf ? Médecine et Maladies Infectieuses en ligne 15/11/2016](#)

NEWSLETTER

- [Janvier 2018](#)
- [Avril 2017](#)
- [Novembre 2016](#)

ARGUMENTAIRE POUR LA CREATION DE POSTES DE REFERENTS

- [Document 2016](#)

JOURNÉE RÉFÉRENTS

- [Diaporamas présentés](#)

SPA

- [Liste et résultats des enquêtes SPA](#)

Actualités du BUA aux niveaux national et international

L'éditorial sur le *Bon usage des antibiotiques* de novembre 2017 de *Médecine et Maladies Infectieuses* (<http://www.em-consulte.com/article/1171050/bon-usage-des-antibiotiques%C2%A0-actualites-2017>) synthétise les principaux événements de l'année écoulée. Ils sont nombreux. Parmi ceux-ci, une volonté politique est désormais affichée au niveau national, avec la publication de 13 mesures phares et 40 actions, sur la base du travail initial de Jean Carlet et al. Ces mesures arrivent à point nommé, car le rapport de l'OCDE de novembre 2017 (<http://www.oecd.org/france/Panorama-de-la-santé-2017-Principaux-résultats-FRANCE.pdf>) souligne que la France, parmi les 35 pays de l'OCDE, est toujours le 2^{ème} pays européen consommateur d'antibiotiques derrière la Grèce, et un rapport récent souligne la progression rapide de la résistance chez les entérobactéries (<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr..//layout/set/print/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2017/Consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-France-soyons-concernes-soyons-responsables>).

A noter des mots importants et nouveaux qui apparaissent dans ces mesures gouvernementales, en France et de par le monde : engagement citoyen, santé humaine et animale (<http://oms-plateforme.onebigrobot.com/en>, <http://antibioticguardian.com/>.)

Saluons les efforts de communication autour de la 3^{ème} semaine mondiale de sensibilisation au bon usage qui s'est tenue du 18 au 24 novembre.

<https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Journee-europeenne-sur-les-antibiotiques-18-novembre-2017>

Vaccination et Prévention

COREB

Recherche

Infectio-gériatrie

Bon usage ATB

Actualités

Toolbox

Bourse aux thèses

RéJIF

Actualités

ACTUALITÉS

- [Editorial MMI " Bon usage des antibiotiques : quoi de neuf ? " Accès gratuit jusqu'au 19 janvier 2017](#)
- [Programme interministériel contre l'antibiorésistance](#)

EDITORIAL

- [Bon usage des antibiotiques : quoi de neuf ? Médecine et Maladies Infectieuses en ligne 15/11/2016](#)

NEWSLETTER

- [Janvier 2018](#)
- [Avril 2017](#)
- [Novembre 2016](#)

ARGUMENTAIRE POUR LA CREATION DE POSTES DE REFERENTS

- [Document 2016](#)

JOURNÉE RÉFÉRENTS

- [Diaporamas présentés](#)

SPA

- [Liste et résultats des enquêtes SPA](#)

Toutes les présentations depuis 2006

Diaporamas présentés

Vaccination et Prévention >

COREB >

Recherche >

Infectio-gériatrie >

Bon usage ATB ▾

Actualités

Toolbox

Formation/information

Indicateurs pratiques

Guides de prescription

Ressources utiles

Bourse aux thèses

Toolbox

La « boîte à outils/toolbox » permet un accès libre à un ensemble d'outils utiles à la pratique des professionnels impliqués dans la lutte contre l'antibiorésistance, et notamment les référents en infectiologie.

Cette « toolbox » est destinée à être alimentée et partagée entre ces différents acteurs.

Toute personne souhaitant partager un outil sur le site s'engage à respecter [la charte en cliquant sur ce lien](#)

- ▶ Formation/information
- ▶ Indicateurs pratiques (pour référents)
- ▶ Guides de prescription
- ▶ Autres ressources utiles

Vaccination et Prévention >

COREB >

Recherche >

Infectio-gériatrie >

Bon usage ATB ▾

Actualités

Toolbox

Formation/information

Indicateurs pratiques

Guides de prescription

Ressources utiles

Bourse aux thèses

RéJIF >

Formation/information

Formation/information

Établissements de santé : outils de formation (dias DPC/EPP...)

- MOOC BSAC : <https://www.futurlearn.com/courses/antimicrobial-stewardship>
- Cours ESGAP https://www.escmid.org/escmid_publication/escmid_elibrary/ (disponibles pour les membres de l'ESCMID)
- Livret BMR-BHRe
- Module E-learning de la BSAC sur les enquêtes de prévalence

Médecine ambulatoire

- Formations du groupe GRIVE (Généralistes Référénts en Infectiovigilance communautaire)
- E-learning (en anglais): www.acutecough.org
- E-learning 'infections urinaires en EHPAD' conçu par l'OMEDIT Bretagne, en collaboration avec les infectiologues Bretons: http://www.omedibretagne.fr/omeditelearning/infections_urinaires/SCO_0001/default.htm

Recommandations sur les programmes de bon usage

- NICE : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng15?unlid=93367533520162722025>
- Dutch guidelines : http://esgap.escmid.org/wp-content/uploads/2015/11/SWAB_guideline_ABS_hospitals.pdf
- IDSA (copie sur Infectiologie.com)
- German guidelines (copie sur Infectiologie.com)
- CIDRAP Antimicrobial Stewardship Project

Grand public : outils destinés à information/formation du grand public

- Ameli : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/972015_ANTIBIOTIQUES_bdef_stc.pdf
- BD belge : <http://www.usagecorrectantibiotiques.be/fr/lisez-tante-biotique-en-ligne>
- E-bug: <http://www.e-bug.eu/>
- affiche antibio juste ce qu'il faut

Recherche >

Infectio-gériatrie >

Bon usage ATB ▾

Actualités

Toolbox

Formation/information

Indicateurs pratiques

Guides de prescription

Ressources utiles

Bourse aux thèses

RÉJIF >

INDICATEURS PRATIQUES (pour référents) :

- Rapports standardisés (bilan d'activité)
 - **En cours de construction**

Audits/Évaluations

- Evaluation des prescriptions de carbapenemes: Outil 2014 préparé par un groupe de travail SPILF/ Onerba et CCLIN Sud-Ouest
 - **Guide méthodologique**: Word (529,0 Ko) - PDF (288,3 Ko)
 - **Outil de saisie et d'analyse**: Evaluation_Carba_Saisie0614.xls (1,1 mo)
- audits : évaluation de l'antibiothérapie dans les IU et pulmonaires (développé par PRIMAIR et REQUA en FC) ...

Fiches d'EPP

- SPILF
 - Evaluation de l'antibiothérapie à 48-72h
 - Pertinence de l'hospitalisation des pyélonéphrites
 - Grilles « infections ostéo-articulaires »
- HAS
 - Bon usage des antibiotiques Grilles EPP (62.23 Ko)
 - Antibio prophylaxie périopératoire_référentiel (445.89 Ko)
- CCLIN Sud-Ouest, 2011.
 - Méthodologie simplifiée d'approche de la fréquence de la réévaluation
 - Guide méthodologique
 - Outil informatique
- MEDQUAL, 2011. Méthode utilisant l'outil de la SPILF / HAS et un outil Excel de recueil.
 - Guide méthodologique
 - Grille de recueil (10 critères)
 - Fiche de signalement d'une antibiothérapie
- Evaluation des prescriptions de fluoroquinolones, CPIAS NA, 2012.
 - Guide méthodologique - Grille de recueil des données - Fiche d'évaluation des prescriptions - Outil informatique.
- Evaluation de l'antibiothérapie des infections urinaires nosocomiales de l'adulte, CPIAS NA, 2008

COREB >

Recherche >

Infectio-gériatrie >

Bon usage ATB v

Actualités

Toolbox

Formation/information

Indicateurs pratiques

Guides de prescription

Ressources utiles

Bourse aux thèses

RÉJIF >

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE/GUIDE DE PRESCRIPTION

Guides électroniques de prescription

- Antibioclic : <http://antibioclic.com>
 - Existe maintenant sous forme d'appli pour android et pour iphone
- ePopi : <http://www.epopi.fr>
- Antibio guide (guide Antibiolor pour les établissements de santé). La version smartphone est disponible gratuitement selon les modalités ci-dessous :
 - Procédure de téléchargement :
 - La procédure demande environ 2 minutes et est gratuite
 - Télécharger rx-guidelines (Pharma Mix Ltd.) sur l'Apple store ou Google play.
 - Lancer l'application et aller sur « setting » dans les onglets en haut de l'écran puis sur « manage guidelines » puis sur « antimicrobioal » puis faire défiler jusqu'à trouver « Antibiolor »; à sélectionner. Le téléchargement du guide commence.
 - L'icône pour accéder à l'application (représentant une R blanche sur fond rouge) apparaîtra automatiquement sur votre smartphone.
- Antibio guide PRIMAIR (guide pour les établissements de santé, EHPAD et MG) version smartphone
 - Télécharger PRESCRIPTOR sur l'Apple store ou Google play

Guides de prescription format pdf et/ou html

- Thesaurus des Indications Antifongiques hors AMM - Hospices Civils de Lyon 2017
- Nord Pas de Calais: Plaquette régionale de l'antibiothérapie en EHPAD - 2013
- IdF: Guide de prescription en EHPAD - 2014
- Recommandations 2017 du CH Tourcoing en pdf ou en HTML

Modalités de prescription

- Préparation et administration des antibiotiques par voie injectable. Article dans MMI de : P Longuet, AL Lecapitaine, B Cassard, R Bastita, R Gauzit, P Lesprit, R Haddad, D Vanjak, S Diamantis, Groupe des référents en infectiologie d'Ile-de-France (GRIF) - doi:10.1016/j.medmal.2016.01.010 en accès libre sur sciencedirect.com
- Antibiothérapie parentérale à domicile. diaporama de Sylvain DIAMANTIS
- Posologies chez l'insuffisant rénal: www.sitegpr.com
- Posologies chez l'obèse
 - OMEDIT Centre (copie sur infectiologie.com)
 - Drug Dosing in Extremes of Body Weight in critically ill patients- ScottishPharmacists Network (copie sur infectiologie.com)

Preparing and administering injectable antibiotics: How to avoid playing God.
Préparation et administration des antibiotiques par voie injectable : comment éviter de jouer à l'apprenti sorcier

Vaccination et Prévention	>
COREB	>
Recherche	>
Infectio-gériatrie	>
Bon usage ATB	▼
Actualités	
Toolbox	
Formation/information	
Indicateurs pratiques	
Guides de prescription	
Ressources utiles	
Bourse aux thèses	

Ressources utiles

Autres ressources utiles

- Argumentaire pour la création de postes de référents
 - [Document 2016](#)
- Consommations/Résistances
 - ConsoRes <http://www.consores.net>
 - ECDC: ESAC et EARS
- Autres sites utiles
 - Antibior <http://www.antibior.org>
 - PRIMAIR <http://www.rfclin.info>
 - ESGAP : <https://www.escmid.org/index.php?id=140> et <http://esgap.escmid.org>
 - ECDC http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/pages/index.aspx
 - BSAC <http://www.bsac-arc.com>
 - NICE <https://www.nice.org.uk/guidance/ng15?unlid=93367533520162722025>
 - Application smartphone "mybugs". Disponibles sur google play et app store. Garder une trace des antibiogrammes et antibiotiques

Vaccination et Prévention >

COREB >

Recherche >

Infectio-gériatrie >

Bon usage ATB ▾

Actualités

Toolbox

Bourse aux thèses

Sujet de thèse ouvert à collaboration

Travaux en cours de réalisation

Etudes finalisées

RÉJIF >

Bourse aux thèses

Bon usage des antibiotiques, Bourse aux thèses

S. Diamantis, S. Kerneis, C. Pulcini, P. Lesprit

Introduction :

De nombreuses thèses de médecine sont réalisées chaque année sur la thématique du bon usage des antibiotiques. Cependant un certain nombre de ces thèses ont des sujets redondants et sont réalisées simultanément dans différentes facultés. Le nombre de cas inclus est souvent faible, limitant la valeur des résultats. D'autre part, les directeurs de thèses ne sont pas toujours spécialistes de la problématique du bon usage des antibiotiques si bien que de nombreux travaux ont un bénéfice limité.

Objectifs du projet:

Proposer une plateforme de partage de sujets de thèse sur le bon usage des antibiotiques sur le site de la SPILF, pour faciliter les travaux de recherche multicentriques.

Méthode :

Création d'un onglet sur le site infectiologie.com « Plateforme de partage de sujets de thèse de médecine sur le bon usage des antibiotiques »

Charte de fonctionnement :

- La fiche de thèse est mise en ligne par le directeur de thèse membre de la SPILF, et coordonnateur de l'étude, selon un format standard
- La fiche est consultable durant 3 mois dans l'onglet « [Sujet de thèse ouvert à collaboration](#) »
- La gestion du projet est réalisée en autonomie complète par le coordonnateur de l'étude et le comité scientifique, suivant une méthodologie commune.

Durant cette période de 3 mois, la fiche est en accès libre et un interne ou un directeur de thèse intéressés par le projet peuvent contacter le coordonnateur auteur de la fiche de thèse pour l'informer de leur intérêt pour participer au projet dans leur centre.

Au bout de 3 mois, la fiche passe dans l'onglet '[Travaux en cours de réalisation](#)'. Le coordonnateur d'études est invité à nous informer sur theses@infectiologie.com de la clôture de l'étude, et à nous transmettre les liens vers les mémoires de thèse et éventuelles publications issues de l'étude, qui seront alors publiées sur le site dans un onglet '[Etudes finalisées](#)'.

Outils de suivi de l'activité des référents en antibiothérapie

- Les buts sont importants
 - TRAÇABILITÉ pour responsabilité médicale
 - BILAN D'ACTIVITÉ VALORISATION de l'activité
- L'exemple de l'équipe mobile du CHU de Grenoble (Présentation JNI 2016)

- Un outil de saisie en ligne des avis téléphoniques et des consultations
- Logiciel Voozanoo (Epiconcept), implantable sur les ordinateurs hospitaliers (Logiciel qui équipe tous les centres antirabiques)
- Indépendant du système informatique hospitalier : accès internet
- Capacité à héberger des données médicales

CMi 2 GRENOBLE | CME Grenoble2 - Windows Internet Explorer

https://voportal.vozanoo.net/accounts/08f95f4f2445/enquetes/162623007/scripts/newrec.php?noo_727059762+mbc4770gibppjorpg03hg6z5

Favorites Login Portal WebDCR (4) Portal WebDCR (3) Portal WebDCR (2) Portal WebDCR Web Slice Gallery Web Slice Gallery

CMi 2 GRENOBLE | CME Grenoble2

CMi 2 GRENOBLE

CMi 2 GRENOBLE2

Contrôle à la saisie

Accueil | Déconnexion

CMi Grenoble2

CMi 2 GRENOBLE2

Numéro de fiche

Nom de l'Hôpital/Clinique

Date de l'appel

Heure de l'appel

Mode de sollicitation

Mode de sollicitation

- Appel d'un praticien
- Pharmacien
- Microbiologiste
- Hygiène
- Passage systématique dans un service
- Autre
- (Sélectionner)

Appelant

Appelant

- CHU
- CH Périphérique
- Clinique
- Généraliste
- Spécialiste libérale
- EHPAD et autre institution
- Autre
- (Sélectionner)

Patient

Sexe

- Masculin
- Féminin
- (Sélectionner)

Age

Répondant

Répondant

- Interne
- Sénior
- (Sélectionner)

Modalité réponse

Modalité réponse

- Téléphone
- Consultation non urgente

Terminé

Internet | Mode protégé | désactivé

FR 09:21 06/06/2016

CMI 2 GRENOBLE | CME Grenoble2 - Windows Internet Explorer

https://voozano.net/accounts/98f06f4e2445/enquetes/182621007/scripts/newrec.php?vue_727028762=mbc4770gkbeppsknpo4hg6z5

Favorites Login Portail WebDCR (4) Portail WebDCR (3) Portail WebDCR (2) Portail WebDCR Web Slice Gallery Web Slice Gallery

CMI 2 GRENOBLE | CME Grenoble2 Page Sécurité Outils

Patient

Sexe Masculin
 Féminin
 Inconnu

Age

Répondant

Répondant Interna
 Sénior
 Inconnu

Modalité réponse

Modalité réponse Téléphone
 Consultation non urgente
 Consultation urgente
 Déplacement dans un service
 Mail
 Autre
 Inconnu

Hospitalisation

Hospitalisation induite par le conseil Oui
 Non
 Inconnu

Présence d'une BMR Oui
 Non
 Inconnu

Temps passé pour le conseil en minutes

Réponse

Réponse Débuter ATB
 Pas de modification du traitement
 Optimisation du traitement ATB
 Arrêter traitement ATB
 Pas de traitement ATB nécessaire
 Aide diagnostique
 Conseil vaccination
 Autre

Annuler Enregistrer

Ajouter d'autres enregistrements: Non

main:STsaber © voozano / epeconcept 2013

Internet | Mode protégé : désactivé 100%

FR 09:22 06/06/2016

Intérêt pour la communauté infectiologique

- Toutes les données exportables rapidement vers un logiciel d'exploitation
- Mise en commun d'un outil simple d'enregistrement des conseils en infectiologie transversale
- Valorisation de l'activité
- Base pour travaux communs de recherche

=> A terme un outil national, standardisé pour l'ensemble des référents en antibiothérapie, des équipes mobiles d'infectiologie ?

Conclusions

- Existence d'outils récents standardisés qui peuvent permettre d'évaluer l'impact de l'activité des référents en antibiothérapie-infectiologie
 - Consommation ATB/résistances bactériennes (ConsoRes)
 - Surveillance des bactériémie (PROPIAS)
- Existence de nombreux outils pratiques d'aide au bon usage des antibiotiques, parfois pas toujours faciles à trouver => intérêt de la rubrique « Bon Usage des ATB » sur le site de la SPILF.
 - Nécessité de la faire évoluer, de l'enrichir → vous pouvez y participer !
- Nécessité de mettre, à disposition des référents, un outil standardisé de saisie en ligne des avis.
- Autres outils **standardisés** à développer: kits d'évaluation des pratiques, outils informatiques pour la réévaluation de l'antibiothérapie,...