



Journée régionale ARLIN Bretagne - Jeudi 28 mars 2013

Bon usage des antibiotiques en EHPAD



Dr Aurélie Marquet
Pharmacien
Centre MedQual



Centre d'information et de
ressources pour le bon
usage des produits de santé

PLAN

INTRODUCTION

1. LE CONTEXTE

1. La consommation antibiotique
2. L'émergence des résistances bactériennes
3. La circulaire du 15 mars 2012

2. RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD

1. Prévalence des infections
2. La consommation antibiotique en EHPAD

3. LES OUTILS

CONCLUSION

2

INTRODUCTION

(1) Les objectifs d'une antibiothérapie adaptée

- Maîtrise des résistances bactériennes.
- Indicateur de qualité des soins.
- Evaluation interne et externe (qualité des soins et gestion des risques).
- Maîtrise des coûts.

Une antibiothérapie optimale doit par un bon choix, satisfaire un certain nombre d'exigences de qualité...

A titre **individuel** pour le malade

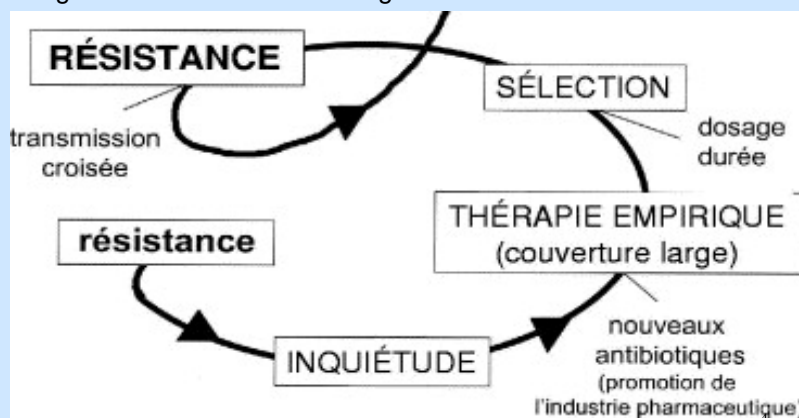
A titre **collectif** pour l'écologie bactérienne

3

INTRODUCTION

(2) Les conséquences individuelles et collectives

- Augmentation de la morbidité et mortalité
- Effets indésirables
- Emergence de résistances à l'origine :



Spirale de la résistance. D'après J. Carlet.

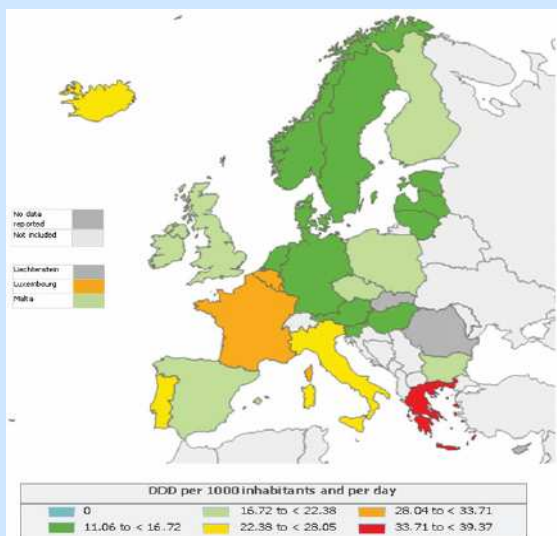
(3) Les points d'amélioration

- Antibiothérapie inutile ou inadaptée
- Absence de réévaluation à 48-72^{ème} heures
- Aucune adaptation suite aux résultats de l'antibiogramme
- Durée prolongée non justifiée
- Posologie insuffisante
- Bithérapie non justifiée
- Choix du spectre (traitement probabiliste)
- Voie d'administration (biodisponibilité et relais voie parentérale/voie orale)

5

1. LE CONTEXTE

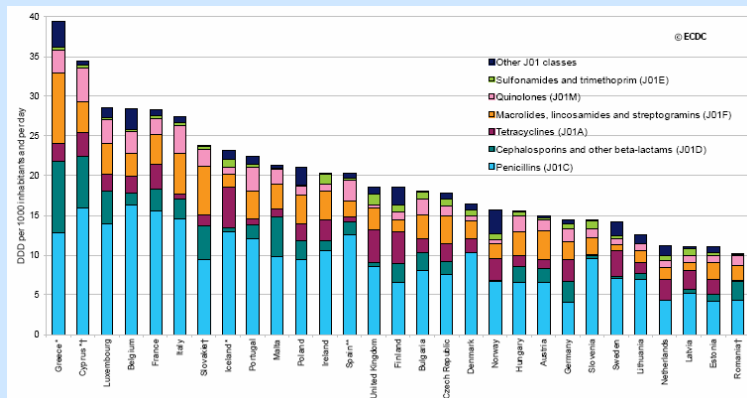
(1) La consommation antibiotique



Consommation antibiotique en Europe (2010) en ville.

Source ESAC. Novembre 2012

1. LE CONTEXTE



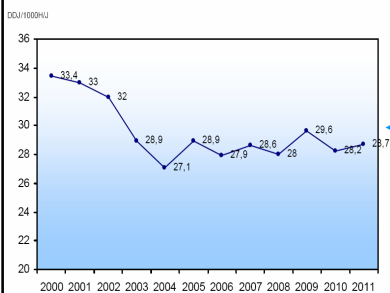
Source ESAC. Novembre 2012

Au sein de l'Union Européenne (UE), on estime qu'au moins **25 000 patients** décèdent chaque année d'une infection due à l'une des cinq bactéries multi-résistantes (BMR) les plus fréquentes.

Le surcoût en termes de dépenses de santé et de perte de productivité est considérable, estimé à 1,5 milliard d'euros par an dans l'UE.

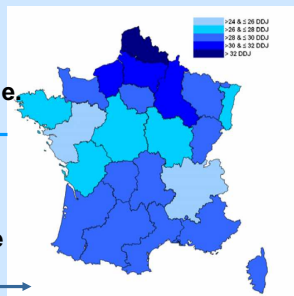
1. LE CONTEXTE

En ville



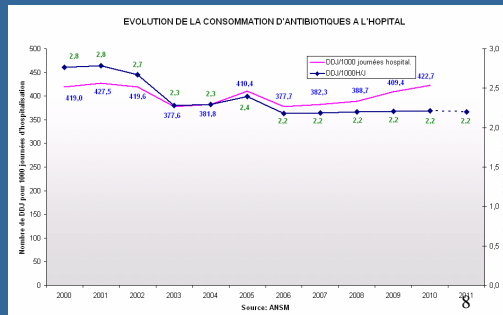
Evolution des consommations antibiotiques en ville

Consommation antibiotique en ville 2010.



A l'Hôpital

Evolution des consommations antibiotiques en ES. France

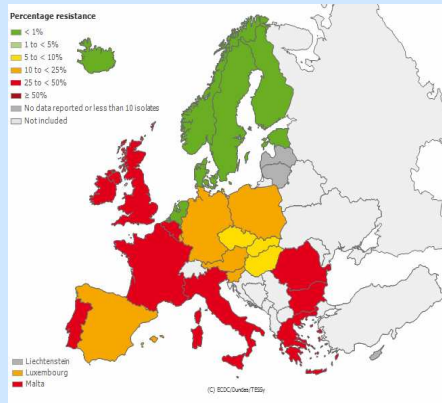


Source ANSM. Juillet 2012

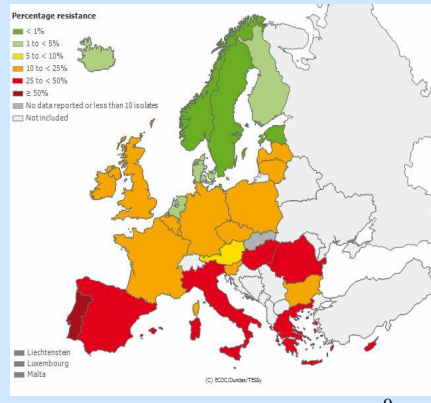
(2) L'émergence des résistances bactériennes

***Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), isolés d'infections invasives (bactériémies et méningites)**

2002



2010

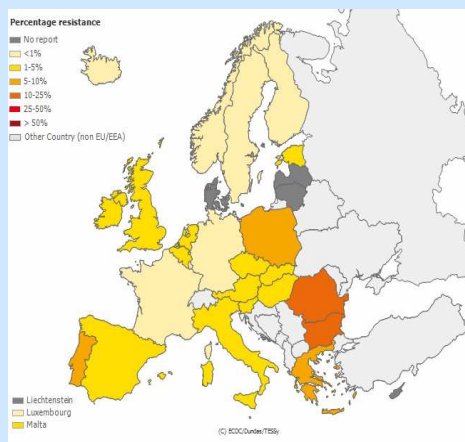


9

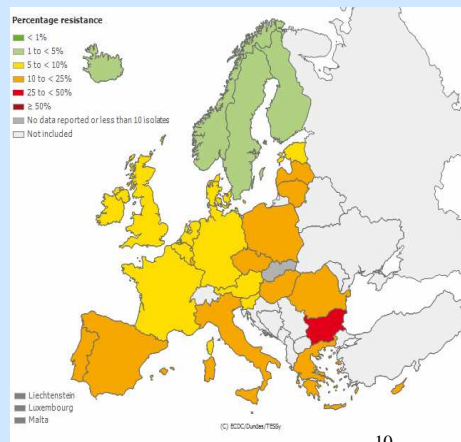
Source ECDC. 2011

***E.coli* résistant aux céphalosporines de 3ème génération**

2002



2010



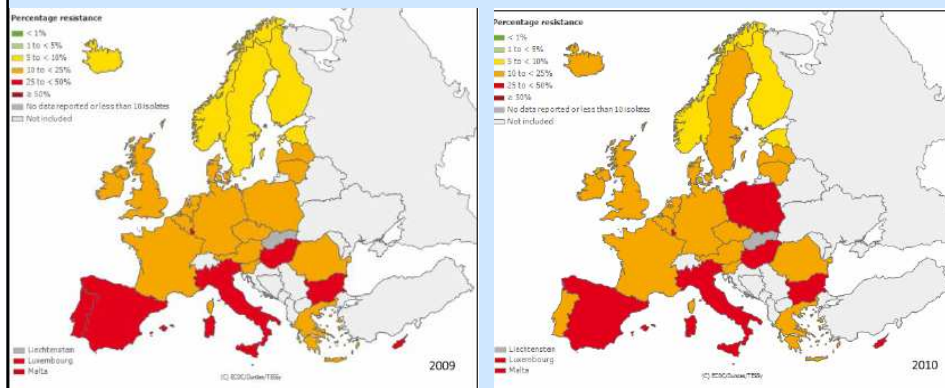
10

Source ECDC. 2011

***E.coli* résistant aux fluoroquinolones**

2009

2010



11

Source ECDC, 2011

(3) Circulaire du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention dans le secteur médico-social 2011-2013

Les actions à mener par rapport au « plan antibiotique » et pour limiter l'émergence et la diffusion des bactéries multi résistantes aux antibiotiques (BMR) sont de :

- promouvoir les mesures de prévention de la transmission croisée des phénomènes infectieux (dont l'hygiène des mains et l'utilisation des produits hydro-alcooliques, ainsi que le respect des précautions standard),
- améliorer la couverture vaccinale des infections bactériennes et/ou virales à l'occasion desquelles des surinfections bactériennes peuvent survenir (grippe, pneumonies à pneumocoques),
- **encourager le bon usage des antibiotiques.**

12

2. RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD

(1) Prévalence des infections en EHPAD

- Etude ESAC (European surveillance of antibiotic consumption) France
- Etude HALT (Healthcare-Associated infections in Long Term care facilities)
- Enquête iatrogénie en EHPAD Pays de La Loire (Omédit/MedQual/Qualisanté44)

	Période	Patients	Prévalence
ESAC	Avril 2009	2318	4,8%
HALT	Juin/sept 2010	6255	3,9%
Enquête PdL	Nov 2011/fév 2012	1366	3,8% ¹³

2. RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD

(2) La consommation antibiotique en EHPAD

- Les indications

	France [1]	Pays de la Loire [2]
Infection pulmonaire	59%	43%
Infection urinaire	25%	25%
Autres	13%	28%
Non renseignée	3%	4%

Remarque pour l'enquête en Pays de La Loire



3,9 % d'indications non retrouvées dans les dossiers.

[1] Etude ESAC-France : Prévalence un jour donné de la consommation antibiotique dans 30 EHPAD. Avril 2009.

[2] Enquête iatrogénie dans les EHPAD de la région Pays de La Loire. 2011/2012. Chiffre provisoire en cours d'analyse.

➤ Etude dans la Région Pays de La Loire

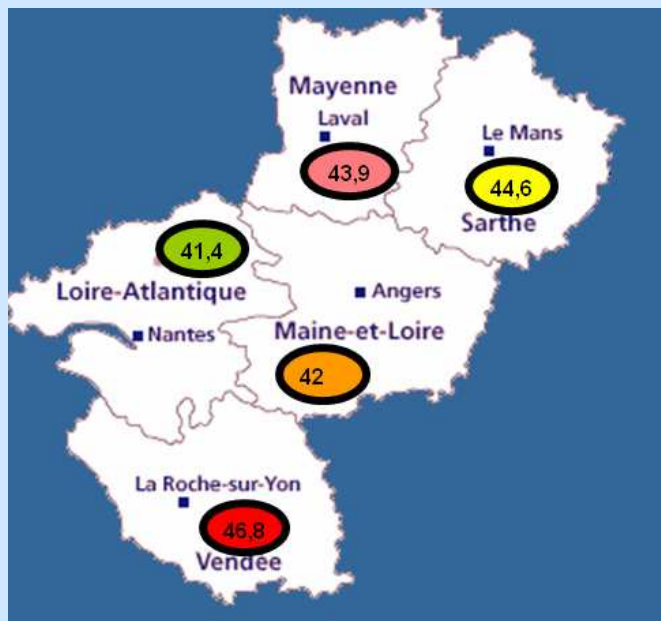
- Méthodologie
 - Pharmacie à usage intérieur (PUI) approvisionnant des EHPAD de la Région
- Résultats
 - Participation
 - 34 PUI dont 32 établissements de santé et 2 GCS
 - 54 EHPAD
 - 9 % des EHPAD de la Région
 - 12 % des résidents de la Région
 - Consommation antibiotique en DDJ/1000 JH : Taux global
43,1 DDJ/1000 JH

DDJ : Dose définie journalière

15

JH : Journée d'hospitalisation

Source MedQual. 2012

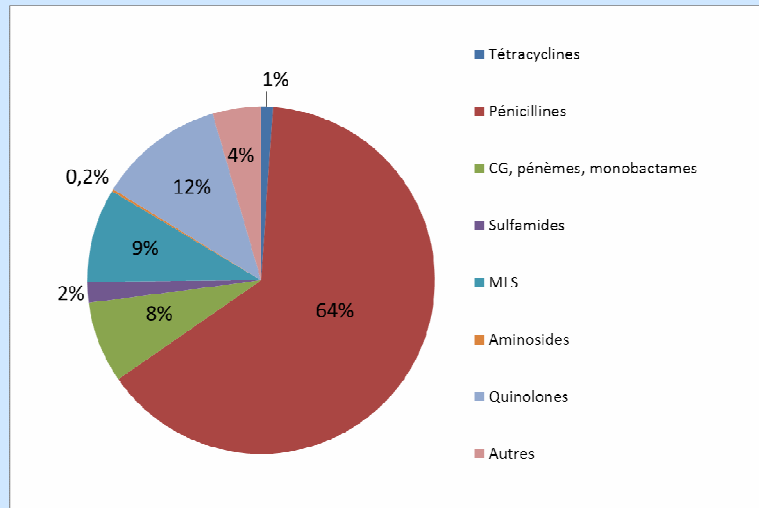


Consommation antibiotique en région Pays de La Loire : taux global exprimé en DDJ/1000JH.

16

Source MedQual. 2012

- Les classes thérapeutiques consommées



17

3. LES OUTILS

Les difficultés pour une bonne utilisation des antibiotiques en EHPAD ...

- **Obstacles**

- Diagnostic plus difficile

- Ecologie locale moins bien connue

- Index thérapeutique plus étroit

- Dégâts collatéraux plus marqués (épidémies à *Clostridium difficile*)

- **Emergence de bactéries multi-résistantes**

- E. coli* EBLSE

- **Absence de recommandations officielles pour la prise en charge des infections en EHPAD**

18

(1) Le kit pédagogique du ministère de la Santé

- Disponible sur le site internet (octobre 2012)
www.sante.gouv.fr

- Outils disponibles
 - Films
 - Poster
 - Dépliant } sur les situations courantes de prise en charge des patients infectés
- Diaporama à utiliser pour les séances de formation sur la prise en charge des patients infectés en EHPAD
- Guide destiné à l'animateur des séances de formation sur la prise en charge des patients infectés

▪ Les films

▪ Les films

▪ Le poster

PEAU



- ✓ Pas d'écouvillon en Ehpad pour les ulcères et les escarres
- ✓ Les soins locaux vers la cicatrisation dirigée avant tout
- ✓ La colonisation n'est pas l'infection
- ✓ Les situations relevant d'une antibiothérapie sont rares

URINE



- ✓ Ni BU ni ECBU sans symptôme
- ✓ La colonisation n'est pas l'infection
- ✓ Le risque de favoriser l'émergence de bactéries résistantes existe aussi en Ehpad
- ✓ La lecture de l'antibiogramme = un moment privilégié pour ré-évaluer ma prescription

POUMON



- ✓ Le HIT Parade des germes
 - Pneumocoque
 - Bacilles Gram -
 - Myxovirus influenzae
- ✓ Réévaluer l'efficacité cliniquement à 72 heures
- ✓ Attention aux antibiotiques en aérosols
 - Pas d'antibiothérapie discontinuée au long cours
 - Pas de bioantibiothérapie systématique en première intention
 - Ne pas omettre la kinésithérapie respiratoire
- ✓ Optimiser la couverture vaccinale (grippe et pneumocoque)



*Antibiotiques en Ehpad?
Bon usage = Moindre usage*



(2) MedQual

MedQual est un centre d'information et de ressources pour le bon usage des produits de santé
 Association loi 1901
 Les informations contenues sur ce site sont validées.
 MedQual ne peut en aucun cas être tenu responsable d'une interprétation erronée de ces informations.

Accueil Professionnels Conseil en ligne Plan antibiotiques Déconnexion

[Référentiels](#) [Ressources et informations](#) [Formation](#) [Observatoire des antibiotiques](#) [Observatoire des BMR](#) **Médico-social Personnes âgées** [Liens](#)

Rechercher

Lettres d'actualités

Actualités	
Janvier 2013	Le paludisme en France métropolitaine et d'outre-mer
Janvier 2013	Signes fonctionnels d'orientation devant un oeil rouge
Janvier 2013	Conjonctivite bactérienne chez l'enfant
Janvier 2013	Pédiatrie et officine: les notions indispensables
Décembre 2012	Vaccination contre la grippe saisonnière
Décembre 2012	La grippe saisonnière
Décembre 2012	Infection urinaire de l'adulte
Décembre 2012	La légionellose : physiopathologie et traitement
Décembre 2012	Varicelle et grossesse
Décembre 2012	Varicelle chez le nouveau-né : algorithme de décision vaccination
Décembre 2012	Varicelle zona virus (VZV) : vaccination
Décembre 2012	Varicelle zona virus (VZV): Epidémiologie, pathogénie, clinique, diagnostic et traitement

Informations
 4ème Rencontre Régionale autour du Bon Usage des Antibiotiques
 21 Février 2013, Nantes (accès aux diaporamas)
Enquête de prévalence instantanée réalisée en officine sur la prise en charge des infections urinaires en ville :
 - du lundi 11 au samedi 16 février 2013
 - du lundi 08 au samedi 13 avril 2013 (questionnaire à télécharger)
Conservation des antiseptiques après ouverture
 Nouveau document disponible ici
 21 Février 2013, Nantes (accès aux diaporamas)

MedQual est un centre d'information et de ressources pour le bon usage des produits de santé
 Association loi 1901
 Les informations contenues sur ce site sont validées.
 MedQual ne peut en aucun cas être tenu responsable d'une interprétation erronée de ces informations.

Accueil Professionnels Conseil en ligne Plan antibiotiques Déconnexion

[Référentiels](#) [Ressources et informations](#) [Formation](#) [Observatoire des antibiotiques](#) [Observatoire des BMR](#) [Médico-social Personnes âgées](#) [Liens](#)

Rechercher

Lettres d'actualités

Risque infectieux et bonne pratique d'antibiothérapie en EHPAD

Prescription chez la personne âgée

Sites utiles

Secteur Médico-social Personnes âgées

Rechercher 

Lettres d'actualités

Risque infectieux et bonne pratique d'antibiothérapie en EHPAD

Prescription chez la personne âgée

Sites utiles

Risque infectieux et bonne pratique d'antibiothérapie en EHPAD

Généralités

- Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2012/11 8 du 15 mars mars 2012 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013. PDF
- Guide des recommandations de prise en charge des infections aiguës en EHPAD. 2012. ARS Ile de France. PDF
- Conception et rénovation des EHPAD - Bonnes pratiques de prévention. INRS. 2012. PDF
- Grille de recueil et méthodologie pour le recueil des consommations d'antibiotiques dans les EHPAD. Mai 2012. Excel et PDF
- L'Hygiène au quotidien dans les Etablissements Médico-Sociaux - Fiches de bonnes pratiques. ARLIN Picardie. Mai 2011. PDF
- Maîtrise du risque infectieux en EHPAD - Fiches techniques / Pratiques. les 5 Cclin. Décembre 2011. PDF
- Maîtrise du risque infectieux en EHPAD - Manuel d'auto-évaluation et outil de recueil GREPHH (Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière). Janvier 2011. PDF

Le Manuel d'auto-évaluation proposé par le GREPHH permet aux établissements de s'auto-évaluer en prenant en considération les risques liés à l'organisation et à l'environnement ainsi que la gestion des soins, la prévention par les vaccinations et les

25

References

1. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons - Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment): Consensus Validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; 46(2): 72 - 83. PMID: 18233297
2. Task Force on Medication Partnership. Room for Review: A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers. Medicines Partnership. London. 2012
3. Beers MH. Explicit Criteria for Determining Potentially Inappropriate Medication Use by Elderly. An Update. *Arch Intern Med*. 1991;151:753-758
4. British National Formulary available from: www.bnf.org
5. NICE Guidance available from: www.nice.org.uk/guidance/medex.jsp
6. NHS Cumbria Medicines Management Information available from: www.cumbria.nhs.uk/Professional/Drugs/MedicinesManagement/Home.aspx

March 2011

NHS Cumbria

STOPP START Toolkit supporting Medication Review

STOPP:
Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions.

START:
Screening Tool to Alert doctors to Right i.e., appropriate, indicated Treatments.¹


Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française

Laroche ML, Charrier JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly : a French consensus panel list. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2007;66:725-31.
Service de Pharmacologie Clinique-Centre de Régional de Pharmacogénétique - Hôpital Dupuytren - CHU de Limoges - 47000 LIMOGES Cedex France
& Service de Soins Gériatriques - Hôpital Rujahel - CHU de Limoges - 47000 LIMOGES Cedex France

26

2012

GUIDE DES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS AIGUES EN EHPAD



ars
Association Régionale de Santé

Recommandations de prise en charge des infections aigues en EHPAD		2012
PNEUMOPATHIES		
Contexte	Traitement	Durée
Pneumopathie aigue Douleur orala, foyer de crétants, fièvre élevée, toux, sueurs, inappétence, opacité systématisée (Opacités blanches ?) (neutrophiles), PCT/procalcitonine et CRP !! Penser à la vaccination antipneumocoque	Amoxicilline-acide clavulanique 1g/3g PO Allergie de type 1 Pristinamycine 1g/3g PO Si voie orale impossible Ceftriaxone 1g I/M/MSC	7 jours
Suspicion d'inhalation	Trouble de déglutition, foyer de crétants oral Amoxicilline-acide clavulanique 1g/3g PO Ou Ceftriaxone 1g I/M/MSC + Imidazole (500mg/3) PO	7 jours
Pneumopathie aigue sévères ou échec à 48 h du traitement de première intention	Transferter SAU Ceftriaxone 1g I/M/MSC - Spiramycine 3 (ML2/3) PO ou IV si possible.	

27

ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES DE L'ADULTE PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE

La pneumonie aigue infection ou germe connue ou d'origine aigue est dite communautaire si elle est acquise en milieu extra-hospitalier ou si elle survient à l'issue d'une admission.

1. Orientation des patients présentant une pneumonie aigue communautaire (PAC)

Devant une pneumonie aigue communautaire, la décision des critères de hospitalisation doit être prise en fonction des signes de gravité et de la présence de facteurs de risque de mortalité.

2. Critères de gravité

2.1. Critères de gravité

2.2. Critères de gravité

2.3. Critères de gravité

2.4. Critères de gravité

2.5. Critères de gravité

2.6. Critères de gravité

2.7. Critères de gravité

2.8. Critères de gravité

2.9. Critères de gravité

2.10. Critères de gravité

2.11. Critères de gravité

2.12. Critères de gravité

2.13. Critères de gravité

2.14. Critères de gravité

2.15. Critères de gravité

2.16. Critères de gravité

2.17. Critères de gravité

2.18. Critères de gravité

2.19. Critères de gravité

2.20. Critères de gravité

2.21. Critères de gravité

2.22. Critères de gravité

2.23. Critères de gravité

2.24. Critères de gravité

2.25. Critères de gravité

2.26. Critères de gravité

2.27. Critères de gravité

2.28. Critères de gravité

2.29. Critères de gravité

2.30. Critères de gravité

2.31. Critères de gravité

2.32. Critères de gravité

2.33. Critères de gravité

2.34. Critères de gravité

2.35. Critères de gravité

2.36. Critères de gravité

2.37. Critères de gravité

2.38. Critères de gravité

2.39. Critères de gravité

2.40. Critères de gravité

2.41. Critères de gravité

2.42. Critères de gravité

2.43. Critères de gravité

2.44. Critères de gravité

2.45. Critères de gravité

2.46. Critères de gravité

2.47. Critères de gravité

2.48. Critères de gravité

2.49. Critères de gravité

2.50. Critères de gravité

2.51. Critères de gravité

2.52. Critères de gravité

2.53. Critères de gravité

2.54. Critères de gravité

2.55. Critères de gravité

2.56. Critères de gravité

2.57. Critères de gravité

2.58. Critères de gravité

2.59. Critères de gravité

2.60. Critères de gravité

2.61. Critères de gravité

2.62. Critères de gravité

2.63. Critères de gravité

2.64. Critères de gravité

2.65. Critères de gravité

2.66. Critères de gravité

2.67. Critères de gravité

2.68. Critères de gravité

2.69. Critères de gravité

2.70. Critères de gravité

2.71. Critères de gravité

2.72. Critères de gravité

2.73. Critères de gravité

2.74. Critères de gravité

2.75. Critères de gravité

2.76. Critères de gravité

2.77. Critères de gravité

2.78. Critères de gravité

2.79. Critères de gravité

2.80. Critères de gravité

2.81. Critères de gravité

2.82. Critères de gravité

2.83. Critères de gravité

2.84. Critères de gravité

2.85. Critères de gravité

2.86. Critères de gravité

2.87. Critères de gravité

2.88. Critères de gravité

2.89. Critères de gravité

2.90. Critères de gravité

2.91. Critères de gravité

2.92. Critères de gravité

2.93. Critères de gravité

2.94. Critères de gravité

2.95. Critères de gravité

2.96. Critères de gravité

2.97. Critères de gravité

2.98. Critères de gravité

2.99. Critères de gravité

3.00. Critères de gravité

Recherche de signes de gravité

- > Atteinte des fonctions supérieures (conscience)
- > Atteinte des fonctions vitales
 - PA systolique < 90 mmHg
 - FR > 120/min ou < 30/min
 - Température < 35°C ou ≥ 40°C
- > Néoplasie associée (cancer actif ou diagnostiqué dans l'année autre que basocellulaire),
- > Pneumonie d'inhalation ou sur obstacle trachéo-bronchique connu ou suspecté.

OUI

Hospitalisation

Recherche de situations particulières

- > Complication de la pneumonie (notamment suspicion d'épanchement pleural ou d'abscédation)
- > Conditions socio-économiques défavorables
- > Inobservance thérapeutique prévisible
- > Isolement social, notamment chez les personnes âgées

NON

Recherche de facteurs de risque (FR) de mortalité

- > âge > 65 ans
- > insuffisance cardiaque congestive
- > Maladie cérébro-vasculaire (ATCD d'AVC ou ischémique transitoire)
- > Maladie rénale (IRC ou élévation de la créatininémie)
- > Hépatopathie chronique
- > SPCO
- > immunodépression (corticothérapie par voie générale ou traitement immunosuppresseur dans les 6 mois, splénectomie, chimiothérapie dans les 6 mois, SIDA, cachexie...)
- > Drépanocytose homozygote
- > ATCD de pneumonie bactérienne
- > Hospitalisation dans l'année
- > Vie en institution

≤ 65 ans sans ou avec un seul FR
> 65 ans sans FR

Prise en charge généralement ambulatoire

≤ 65 ans et deux FR
> 65 ans et au moins un FR

Hospitalisation recommandée

28

DIAGNOSTIC ET ANTI-BIOTHERAPIE DES INFECTIONS URINAIRES BACTERIENNES COMMUNAUTAIRES CHEZ L'ADULTE - CYSTITES

1. Diagnostic de cystite

ASSOCIATION DE 3 SIGNES
Brûles et douleurs à la miction
Purulence
Urécopositivity

Présence de facteur ou risque de compliqués

NON

OUI

Au moins 4 épisodes de cystites en 12 mois

NON

OUI

Cystite aiguë simple

Cystite récurrente

Cystite compliquée

BU simple

BU double

BU simple

BU simple

Contient un ECBU

Contient un ECBU

2. Prise en charge thérapeutique

2.1. Cystite aiguë simple

Pharmacopée de l'ECBU

Fosfomycine trométamol

Fluoroquinolone

Fluoroquinolone

Amoxicilline

Amoxicilline-acide clavulanique

Céfexime

Nitrofurantoïne

Nitrofurantoïne

Pivmecillinam

Sulfaméthoxazole-triméthoprime

2.1. Cystite compliquée

Traitement ne pouvant être différé

Traitement

Céfexime > 5 jours

ou Fluoroquinolone > 5 jours

Nitrofurantoïne > 7 jours (traitement en urgence et/ou d'après les antécédents de la patiente)

Traitement pouvant être différé

Antibiotique selon les résultats de l'antibiogramme

Amoxicilline

ou Amoxicilline-acide clavulanique

ou Céfexime

ou Fluoroquinolone

ou Nitrofurantoïne (en fonction des antécédents de la patiente)

ou Pivmecillinam

ou Sulfaméthoxazole-triméthoprime.

POINTS CLEFS

	Examen	Traitement probabiliste	
		1 ^{ère} intention	2 ^{ème} intention
CYSTITE AIGUE SIMPLE	BU	Fosfomycine trométamol	Nitrofurantoïne Fluoroquinolone
CYSTITE COMPLIQUEE	BU ECBU	Nitrofurantoïne* (traitement en urgence et/ou d'après les antécédents de la patiente)	Céfexime* Fluoroquinolone*

* A adapter en fonction des résultats de l'antibiogramme.

Anti-infectieux : Adaptation de posologie chez l'insuffisant rénal (adulte)

Spécialités	DCI	CLAIRANCE CALCULEE (ml.min-1)							
		0 à 5	5 à 10	11 à 15	15 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 60	61 à 70
CLAMOXYL PO	Amoxicilline	1Du puis D/2 /24h		1Du puis D/2 /12h		Du selon indication, Dmax=5g /24h			
CLAMOXYL IV	Amoxicilline	1g puis 500mg /24h		1g puis 500mg /12h		2 à 4g /24h		Du=2 à 12g /24h	
AUGMENTIN PO	Amox+AC	non établi		1g/125mg /12h ou 24h		Du=1g/125mg /8h ou 12h selon indication			
AUGMENTIN IV	Amox+AC	1g puis 500mg /24h		1g puis 500mg /12h		Du=2 à 4g /24h, Dmax=12g /24h			
PIPERACILLINE	Pipéracilline	3 à 4g /12h		3 à 4g /8h		Du=12g/24h en 3 ou 4 Imj			
PIPERACIL	Pipéracilline+ Tazobactam	Dmax: 4g/500mg /12h		Dmax: 4g/500mg /8h		Du=4g/500mg /8h ou 8h			
TICARPEN	Ticarilline	2g /24h		5g /12h		5g /8h		Du=15g /24h	
CLAVENTIN	Ticarilline+AC	1,5g/100mg /24h		3g/200mg /12h		3g ou 5g/200mg /8h		Du=12 à 15g /24h	
ALFATIL	Céfator	Du/3 ou Du/2 /24h		500mg /12h		Du=750mg /24h en 3 prises			
CEFAZOLINE	Céfazoline	500mg puis 500mg /72h	500mg puis 250mg /24-36h ou 500mg /48-72h	500mg puis 250mg /12h ou 500mg /24h		500mg puis 250mg /8h ou 500mg /12h		Du= 0,5 à 1g /8h ou 12h	
CEFOXITINE	Céfoxitine	0,5 à 1g /24-48h	0,5 à 1g /12-24h	1 à 2g /12-24h		1 à 2g /8-12h		Du=1 à 2g /8h	
ZINNAT PO	Céfuroxime	250 à 500mg /24h		Du=250 à 500mg /12h		Du=250 à 500mg /12h			
ZINNAT IV	Céfuroxime	750mg /24h		750mg /12h		Du=1,5 à 2g /24h			
OROKEN	Céfexime	200mg /24h		Du=200mg /12h		Du=200mg /12h			
ORELOX	Céfpodoxime	100 à 200mg /24h		Du=100 à 200mg /12h		Du=100 à 200mg /12h			
CLAFORAN	Céfotaxime	0,5 à 1g /8h		Du= 1 à 2g /8h		Du= 1 à 2g /8h			
ROCEPHINE	Céftazidime	1g /48h		Du= 1 à 2g /24h		Du= 1 à 2g /24h			
FORTUM	Ceftazidime /discontinu /continu	0,5g /6h Non évalué	1g /36h Non évalué	1g /24h 2g puis 1g /24h	1g /24h 2g puis 1 à 3g /24h	1 à 2g /24h	2g puis 1 à 3g /24h	Du=1 à 2g /8h Du=2g puis 4 à 6g /24h	
AXEPIM	Céfépime	250 à 500mg /24h		0,5 à 1g /24h		1 à 2g /24h		Du=1 à 2g /12h	
	si infection sévère	1g /24h		1g /12h		1g /8h		Du= 2g /8h (inf. sévère)	
TIENAM	Imipénème	0,5 à 1g /24h, Dmax=12,5mg/kg/j		1 à 1,5g /24h, Dmax=20mg/kg/j		1,5 à 2g /24h, Dmax=30mg/kg/j		Du=14g /24h	
AZACTAM	Aztréonam	250mg /8 ou 12h		500mg /8 ou 12h		Du=1g /8 ou 12h			

30

CONCLUSION

Antibiotiques en EHPAD Bon usage = Moindre usage

PEAU	URINE	POUMON
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Pas d'écouvillon en Ehpad pour les ulcères et les escarres <input checked="" type="checkbox"/> Les soins locaux vers la cicatrisation dirigée avant tout <input checked="" type="checkbox"/> La colonisation n'est pas l'infection <input checked="" type="checkbox"/> Les situations relevant d'une antibiothérapie sont rares 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ni BU ni ECBU sans symptôme <input checked="" type="checkbox"/> La colonisation n'est pas l'infection <input checked="" type="checkbox"/> Le risque de favoriser l'émergence de bactéries résistantes existe aussi en Ehpad <input checked="" type="checkbox"/> La lecture de l'antibiogramme = un moment privilégié pour ré-évaluer ma prescription 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le HIT Parade des germes <ul style="list-style-type: none"> • Pneumocoque • Bacilles Gram - • Myxovirus influenzae <input checked="" type="checkbox"/> Réévaluer l'efficacité cliniquement à 72 heures <input checked="" type="checkbox"/> Attention aux antibiotiques en aérosols <ul style="list-style-type: none"> Pas d'antibiothérapie discontinuée au long cours Pas de bioantibiothérapie systématique en première intention Ne pas omettre la kinésithérapie respiratoire <input checked="" type="checkbox"/> Optimiser la couverture vaccinale (grippe et pneumocoque)

31



Centre d'information et de ressources
pour le bon usage
des produits de santé
ACTION ANTIBIOTIQUE

Retrouvez-nous sur
www.medqual.fr

Site sécurisé et inscription gratuite en ligne



02 40 84 64 34



medqual@chu-nantes.fr



CHU de Nantes, Hôpital Saint Jacques.
85, rue Saint Jacques.
44 093 Nantes cedex

Notre mission principale
Promouvoir le bon usage des
antibiotiques.

A l'ensemble des professionnels de
santé qui **prescrivent, dispensent**
ou **administrent** des médicaments
antibiotiques

Par des informations et formations
pour faciliter leurs pratiques
professionnelles.