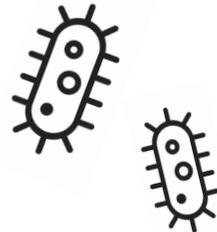




Quoi de neuf en infectiologie ?

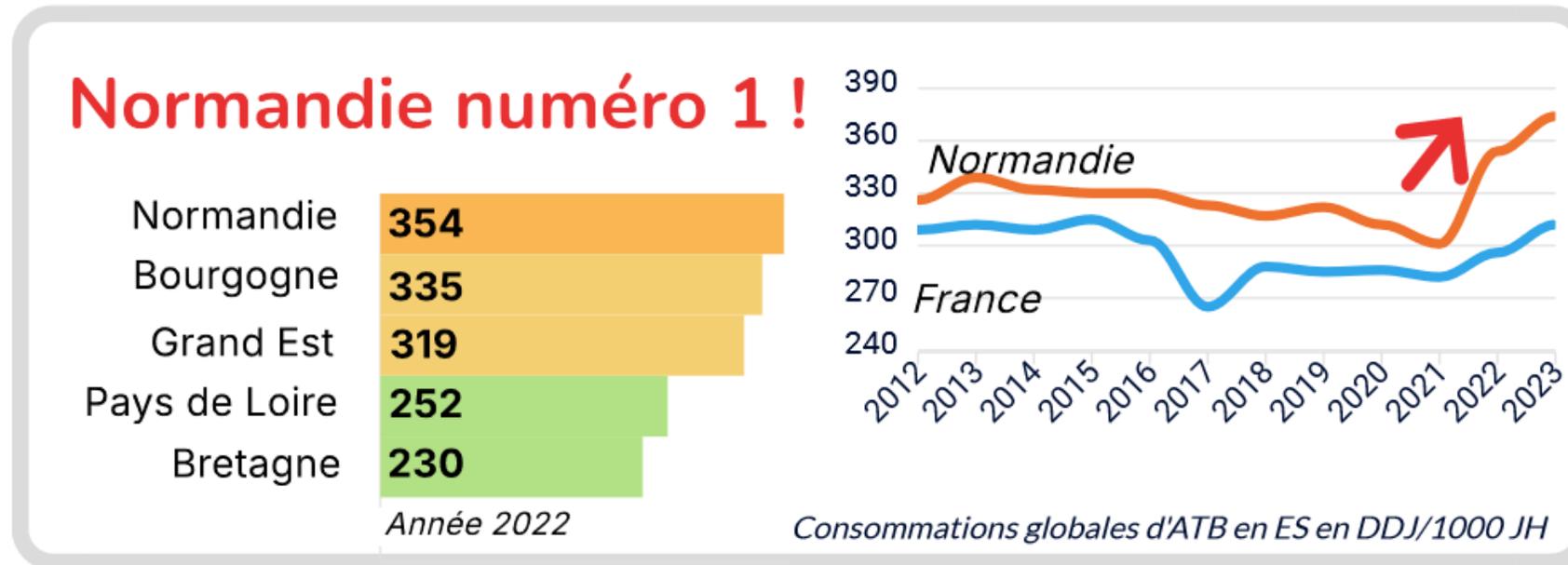
Journée des EHPAD de Normandie
Les Franciscaines, Deauville, 16 juin 2025

Docteur Elise FIAUX, infectiologue
Normantibio, Centre Régional en Antibiothérapie de Normandie



Contexte actuel normand

- Progression de l'antibiorésistance : bactéries multirésistantes (BLSE, BHRE)
- Normandie : forte consommatrice d'antibiotiques



→ **Promotion du bon usage des anti-infectieux et prévention des infections**

Bon usage des anti-infectieux (BUA)

But du BUA = préserver l'efficacité des ATB

MOINS prescrire :

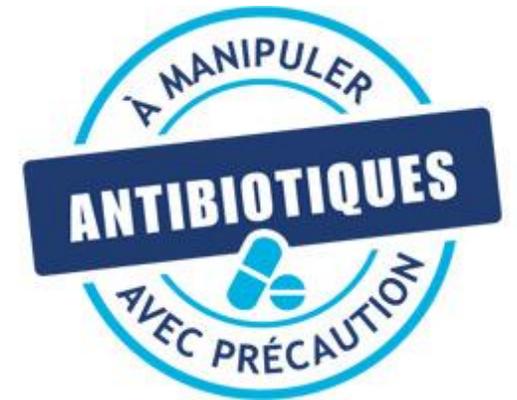
- abstention : infections virales ou fièvre isolée
- traitement différé
- réévaluation systématique J3-J7 (H48-72)
 - arrêt ?
 - désescalade thérapeutique ?
- arrêt possible si diagnostic d'infection bactérienne éliminé (même avant la date de fin prévue)
- durée limitée (Cf topo suivant 😊)



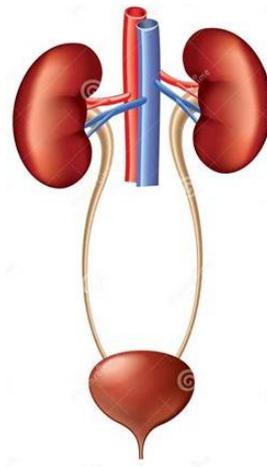
Bon usage des anti-infectieux (BUA)

MIEUX prescrire :

- choix de molécule : spectre ATB le + étroit possible
 - DHBNN : amox plutôt qu'augmentin
- posologie : la + faible active
 - Selon poids du patient, clairance, site infectieux
- voie d'administration : PO >> IV



Infections urinaires



Boîte à outils - IU

Boite à outils
Infections urinaires
en EHPAD

CPias
Normandie

Normantibio
CRAtb Normandie

NORMAND'HYGIÈNE

Affiche interactive
L'affiche présente les principaux messages à retenir pour la **prévention, le diagnostic et le traitement** de l'infection urinaire en EHPAD. Elle s'adresse à tous les professionnels travaillant ou intervenant auprès des personnes âgées.

[AFFICHE EN LIGNE](#) [AFFICHE EN PDF](#)

Mémos
Deux mémos sont proposés :

[Prévention et diagnostic](#) [Prise en charge des cystites](#)

Vidéos

[Vidéos régionales](#) [Autres vidéos](#)

Documents pour les familles

[Vidéo](#) [Messages du CDC](#) [Antibio-malin](#)

Enquête de pertinence
Le CPias et le CRAtb proposent une **enquête sur la pertinence des ECBU** chez la personne âgée institutionnalisée.

[+ INFO](#)

Références

Centre Régional en Antibiothérapie
CPias Normandie
Equipe mobile d'Hygiène

Prévention, diagnostic et traitement de l'infection urinaire chez le sujet âgé

Les principaux messages

Le contexte
Infection non contagieuse
Due à des bactéries de la flore digestive

Escherichia coli 67%

Vessie
Urètre
Bactéries de la peau ou du rectum

Les bactéries "voyagent" en remontant dans l'urètre

La prévention

Spécifique :

- Toilette intime (du pubis vers l'anus)
- Favoriser l'hydratation
- Favoriser les mictions
- Lutter contre la constipation

Non spécifique :

- Respect des précautions standard : Hygiène des mains
- Lutter contre la dénutrition
- Favoriser l'activité physique

Le diagnostic

Signes cliniques d'infection urinaire ET ECBU POSITIF = INFECTION URINAIRE

Bandelette urinaire non recommandée chez la personne âgée !

Absence de signes cliniques d'infection urinaire ET ECBU POSITIF = COLONISATION (pas de traitement antibiotique !)

L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des signes d'infection urinaire : pas d'ECBU !

16% des traitements antibiotiques pourraient être épargnés

Des signes cliniques souvent atypiques !

Confusion, perte d'autonomie, chute, somnolence... présents dans **30%** des cas*

Comment réaliser un ECBU ?

Résident continent :
Urines du matin
Toilette périnéale au savon doux
2^{ème} jet (éliminer 1^{er} jet)

Résident incontinent :
Homme : collecteur pénien
Femme : sondage aller-retour (avis médical)

Conservation :

- Flacon à température ambiante : **moins de 2h**
- Flacon à 4°C : **moins de 24h**
- température ambiante avec tube + borate et système sous vide : **moins de 48h**

Le traitement : les 4 grands principes

- Toute infection urinaire chez le sujet âgé est à **risque de complication**
- Si des signes cliniques imposent de traiter, l'ECBU guide le choix ATB
- L'antibiothérapie doit être adaptée
- Pas de contrôle ECBU post-traitement

Le diagnostic doit être précis : le traitement diffère selon le contexte clinique et les antécédents du patient

L'infection doit être objectivée avec demande d'antibiogramme

Les durées et le choix ATB sont définis selon le diagnostic exact (cystite, pyélonéphrite ...)

Sauf si persistance des signes cliniques ou aggravation

Facteurs de risque de complication :

- >75 ans (ou >>> ans et fragile)
- Toute anomalie de l'examen urinaire
- Genre masculin
- Clairance de créatinine < 30 ml/min
- Immunodépression

Toujours éliminer une atteinte gynécologique (vulvite, ...)

Cystites : Pas de fluoroquinolones ! Pas de C3G !

Cliquez ou flashez pour accéder à notre boîte à outils infections urinaires

AMT TOUS ILS SONT PRÉSENTS UTILISONS-LES BIEN

*N°01 076 091933, NORMANDIE 2019, 543 636963, 552 résidents, 543 cas d'IU

Besoin d'un conseil en antibiothérapie ? Cliquez ou flashez

AMtbe 10 - version 1 (sept 2023)

C'est
nouveau !

Evacuation du 1^{er} jet :
Volume = celui d'un
espresso



Comment effectuer un ECBU ?



L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des
signes d'infection.

Jamais de bandelette urinaire en EHPAD

Recueil des urines dans un flacon stérile

Patient continent

Préférer les urines du matin

Effectuer une toilette périnéale ~~au savon doux~~

Recueillir le 2^{ème} jet et éliminer le 1^{er} jet souillé
par la flore uro génitale

Patient incontinent

Chez l'homme : poser un collecteur pénien

Chez la femme : effectuer un sondage aller
retour **après avis médical**

Patient sondé

Désinfecter les site spécifique de ponction de la
sonde urinaire

Ne jamais ponctionner dans le sac collecteur

Ne jamais déconnecter la sonde du sac

Conservation de l'ECBU

≤ 2h dans un flacon à ECBU à température
ambiante

≤ 24h dans un flacon à ECBU à 4°C

≤ 48h à température ambiante avec tube +
borate et système sous vide

mémo

Nouvelles recommandations
européennes 2023 :
pas d'antiseptique
→ toilette à l'eau



Bon usage diagnostique - ECBU

A graphic on a dark blue background. It features three yellow circles of varying sizes, each containing a large blue question mark. To the right of these circles is a small, clear plastic container with a red cap, containing a yellow liquid representing urine.

EST-CE BIEN UTILE ?

Un ECBU positif ne suffit pas au diagnostic d'infection urinaire
Ne prescrivez un ECBU que si vous suspectez une infection

**“Ses urines sentent mauvais,
je prescris un ECBU ?”**

Les urines malodorantes (et/ou troubles) isolées ne justifient pas de prescrire un ECBU

Bon usage diagnostique - ECBU



Pas d'ECBU si :

- urines malodorantes ou purulentes isolées
- pas de symptôme
- contrôle de fin de traitement systématique



ECBU si :

- SFU +/- fièvre
- femme enceinte asymptomatique
- avant geste/chirurgie urologique

Les nombreux co-bénéfices d'une démarche d'écoconception des soins: ex de l'ECBU

On parle de co-bénéfice lorsqu'un projet produit des effets positifs, pas forcément anticipés ou planifiés, en plus du bénéfice principal attendu en faveur du climat.

Analyse de cycle de vie: Projet Eco-InfectiO du CHU de Nice: exemple de l'infection urinaire masculine

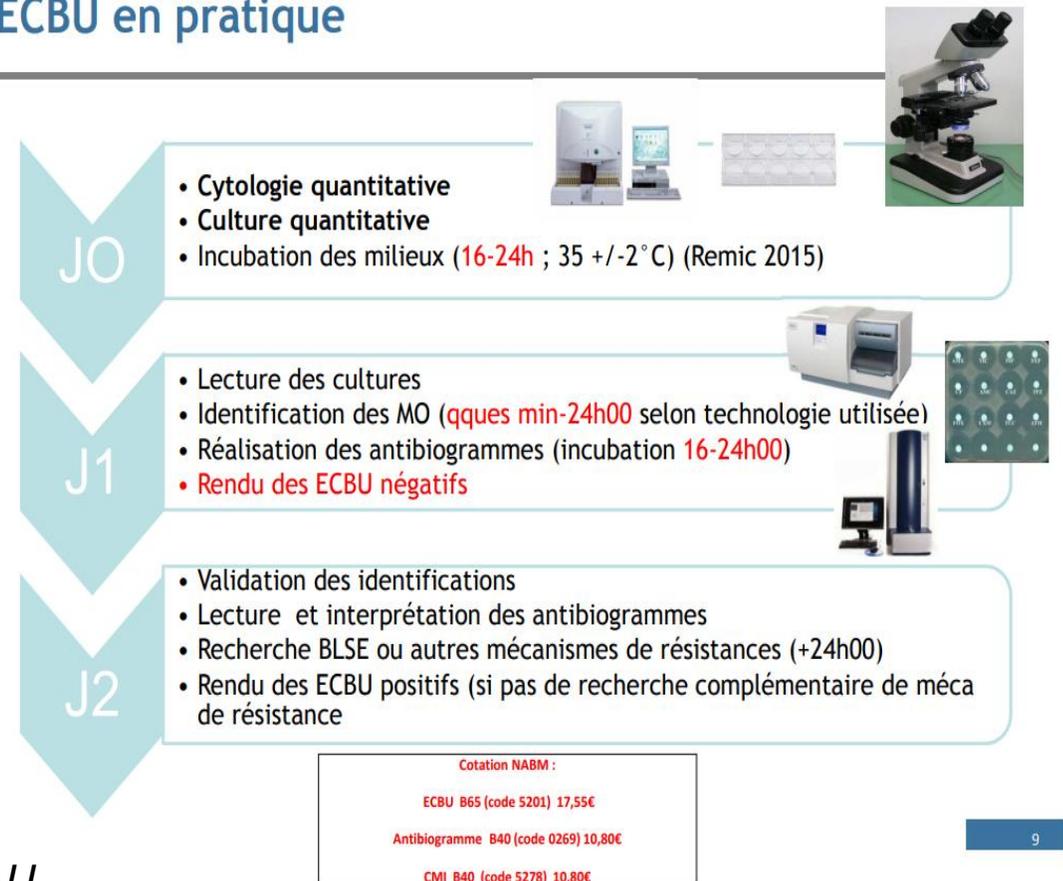
➤ sans sonde => 1,65 kgCO₂eq/ECBU.

➤ avec sonde => 6,53 kgCO₂eq/ECBU.

*Au CH de Saint Nazaire :13000 ECBU/an
=> 21 tonnes CO₂eq*



ECBU en pratique



Le coût humain
Le coût financier
Des traitements ATB par excès

D'après le Dr BOISSEAU

The EFLM European Urinalysis Guideline 2023

Clin Chem Lab Med. 2024 May 30. doi: 10.1515/cclm-2024-0078

Infections urinaires sur sonde - IDSA

❖ En cas de SAD > 14 jours et de SAD toujours indiquée, changer la SAD et faire un ECBU prélevé dans la nouvelle SAD (A II)

- Rationnel :
 - biofilm
 - multimicrobisme
 - germe(s) identifié(s) dans le drain en cause ?

(Hooton Clin Infect Dis 2010)

The EFLM European Urinalysis Guideline 2023

Clin Chem Lab Med. 2024 May 30. doi: 10.1515/cclm-2024-0078

Infections urinaires sur sonde - IDSA

❖ En cas de SAD > 14 jours et de SAD toujours indiquée, changer la SAD et faire un ECBU prélevé dans la nouvelle SAD (A II)

- Rationnel : - biofilm
- multimicrobisme

Donc ECBU plutôt sur nouvelle SAD mais tout dépend du contexte et de l'urgence.

A noter sur SAD, bactéries colonisantes ++

identifié(s) dans le drain en cause ?

(Clin Infect Dis 2010)

Interprétation du résultat

- Pas de leucocyturie = pas d'infection urinaire = **pas d'ATB** (sauf si leucopénie)
- Bactériurie asymptomatique = colonisation ou contamination = **pas d'ATB** (sauf grossesse ou geste urologique invasif)
- ECBU polymicrobien = contamination jusqu'à preuve du contraire = refaire ECBU avant de décider
- SFU + bactériurie + leucocyturie = infection urinaire = ATB

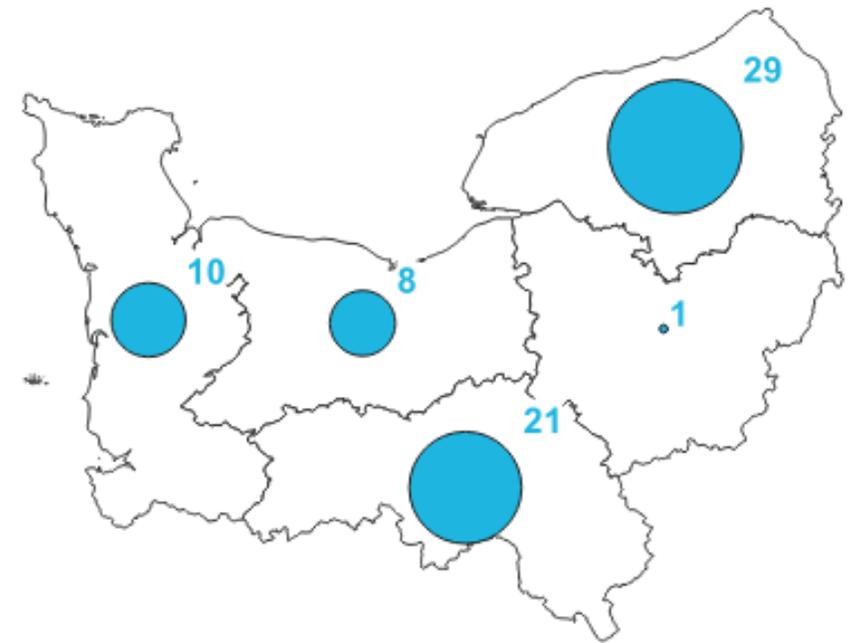


Audit sur la pertinence des ECBU chez la personne âgée institutionnalisée

Docteur Laurence GUET et Denis THILLARD

Résultats - Caractéristiques des EHPAD

- Nombre d'EHPAD ayant participé au 1er septembre : 69 / 380 soit 18% des EHPAD
- 93 % IDE du réseau Normand'Hygiène
- 5% sont rattachés à un CH



Les protocoles

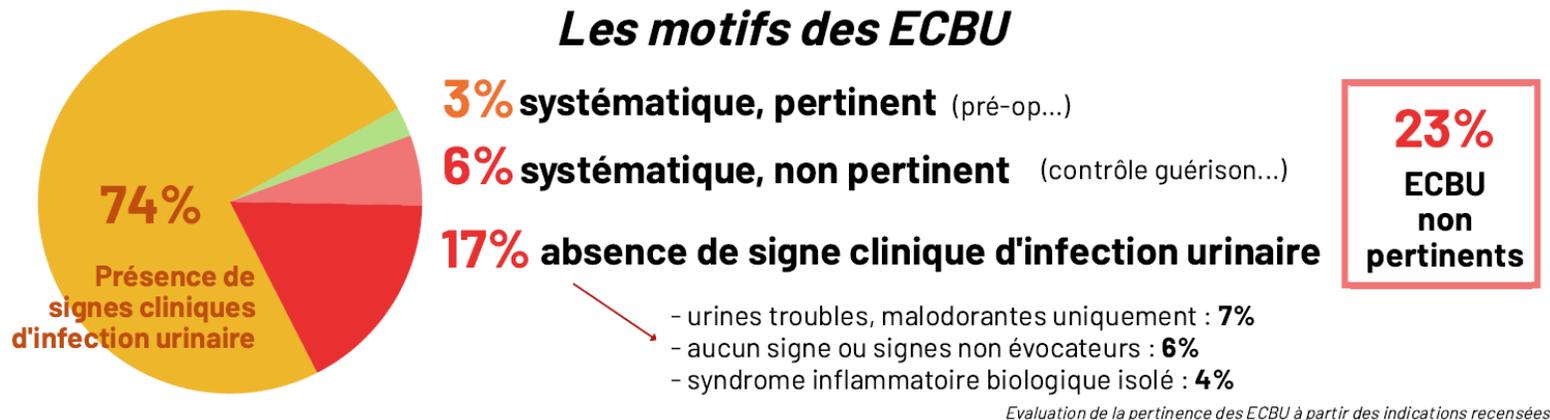
Les EHPAD disposent d'un protocole sur les infections urinaires

12% Complet : prévention, diagnostic et traitement

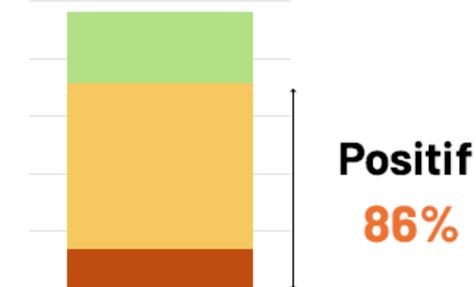
32% Partiel : prévention ou diagnostic ou traitement

13 protocoles Diagnostic / 15 mentionnent la bandelette urinaire

Résultats – 355 ECBU inclus



Résultats des ECBU



Dont polymicrobien : **24%**

Prescription de l'ECBU

- après avis médical : **84%**
- à l'initiative de l'IDE : **15%**
- selon protocole : **1%**

Bandelette urinaire avant l'ECBU 33%

Situations cliniques définies *a posteriori* après analyse du dossier :

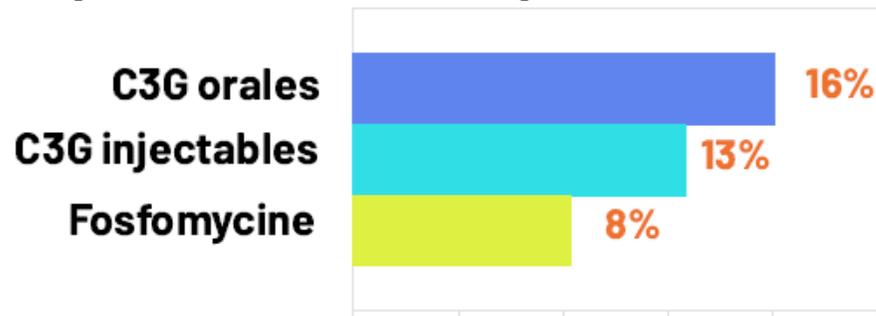
- colonisation (44/355, 12,4%),
- possible cystite à risque de complication (Crdc 137, 38,6%)
- possible pyélonéphrite (PNA, 36, 10,1%)
- possible IU masculine (IUM, 52, 14,6%)

Pour 86 cas, pas de problématique urinaire (24,2%)

Les traitements antibiotiques

205 traitements antibiotiques évalués par un infectiologue du CRAtb

Top 3 des molécules prescrites :



Durées >7 jours : **36%**

Colonisations urinaires
"traitées" par
antibiotique : **59%**

Pertinence du choix des molécules :

Cystites à risque de complication : **45%**

Pyélonéphrites aiguës (femme) : **50%**

Infections urinaires masculines : **67%**

**Pertinence
globale**

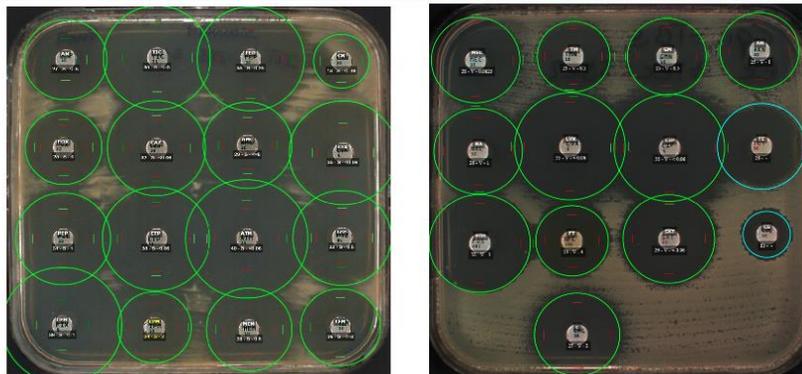
40%

Les principaux messages délivrés aux EHPAD

- 1** Prescrire l'ECBU face à des signes cliniques d'infection urinaire
- 2** Pas de bandelette urinaire chez la personne âgée : les colonisations sont fréquentes !
- 3** Importance de la prévention ! hydratation, lutte contre la constipation, miction favorisée...

Merci au réseau  **NORMAND'HYGIÈNE**
prévention | accompagnement | formation
et aux EHPAD ayant participé

L'antibiogramme ciblé



Antibiogramme	1	<i>Escherichia coli</i>	CMi (mg/l)
Amoxicilline		S	
Amoxicilline + ac. clavulanique		S	
Ticarcline		S	
Piperacilline		S	
Piperacilline + tazobactam		S	
Temocilline		SFP	
Mecillinam		S	
Cefalexine		S	
Cefoxitine		S	
Cefixime		S	
Cefotaxime		S	
Ceftazidime		S	
Aztreonam		S	
Cefepime		S	
Ertapénème		S	
Imipénème		S	
Meropénème		S	
Gentamicine		S	
Tobramycine		S	
Amikacine		S	
Chloramphenicol		S	
Tetracycline		S	
Acide nalidixique		S	
Levofloxacine		S	
Ciprofloxacine		S	
Triméthoprim + sulfaméthoxazole		S	
Nitrofuranes		S	
Fosfomycine		S	

Avant



Amoxicilline
Pivmécillinam (1)
Fosfomycine-trométamol (1)
Nitrofurantoïne (1)
Triméthoprim (1) (2)
Triméthoprim-sulfaméthoxazole (2)

Après

- ❖ Rendu restreint
- ❖ Molécules ciblées à la situation clinique et aux résistances
- ❖ Suivi des recommandations ttt

Contexte précis :

- Femme et jeune fille > 12 ans
- IU à entérobactérales (*E. coli*)
- Cystite ou PNA

Infection urinaire masculine

Groupe de travail SPILF, mise à jour recommandations infections urinaires de l'homme

Nouvelles recommandations en cours d'écriture... livraison septembre 2025 ?

Diagnostic :

Infection tissulaire = fièvre = prostatite aiguë (ou PNA)

Pas d'infection tissulaire = pas de fièvre = cystite (RDC)

Pas de fièvre mais bactériémie = prostatite aiguë ou PNA

Durée ATB : 14j (7 j = + échecs) ou 10j ?



Choix et durées
d'antibiothérapies : cystite aiguë
simple, à risque de complication
ou récidivante, de la femme

Validée en novembre 2016

Mise à jour en juillet 2021 et juil. 2024

**Pas de place pour les FQ et
augmentin !**

Cystite aiguë à risque de complications (au moins 1 facteur de risque) :

➔ **Traitement différé à privilégier [2024] : traitement adapté à l'antibiogramme**

Par ordre de préférence et selon l'antibiogramme :

1 ^{re} intention	amoxicilline : 1g 3 fois par jour pendant 7 jours
2 ^e intention	pivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant 7 jours
3 ^e intention	nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant 7 jours

*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.

➔ **Traitement ne pouvant être différé : traitement probabiliste [2024]**

1 ^{re} intention	nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant 7 jours
2 ^e intention	fosfomycine-trométamol : 3 g à J1, J3 et J5 [2024]

*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.



FICHE

Choix et durées d'antibiothérapies : pyélonéphrite aiguë de la femme

SYNTHÈSE

Choix et durées d'antibiothérapie préconisées dans les infections bactériennes courantes

Pyélonéphrite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)

Traitement probabiliste en attendant l'antibiogramme

En l'absence de traitement par quinolone dans les 6 mois : ciprofloxacine ou lévofloxacine

Jusqu'au résultat de l'antibiogramme

Traitement de relais

amoxicilline (à utiliser prioritairement sur souche sensible)
Sinon désescalade pour la molécule active avec le spectre le plus étroit

10 jours

Femme de moins de 65 ans ET sans facteur de risque de complication

Pyélonéphrite aiguë à risque de complications (sans signe de gravité)

Traitements antibiotiques, probabilistes ou de relais : ce sont ceux de la PNA simple, sans signe de gravité

10 jours

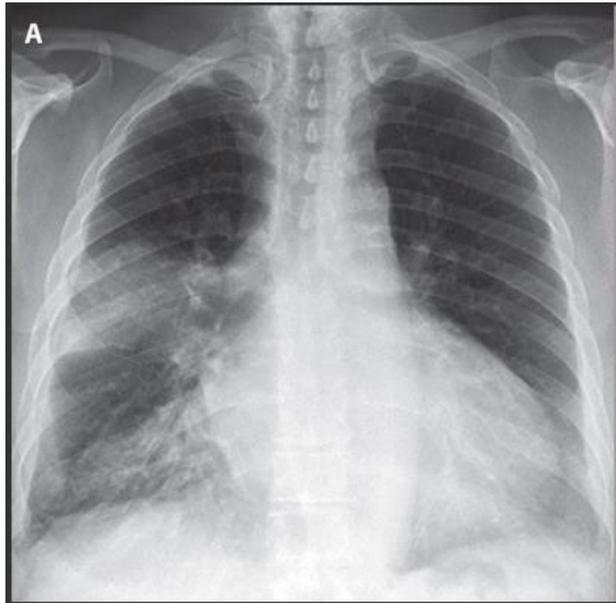


PNA simple : si maintien C3G ou FQ = 7 jours

Conclusion - IU

- Infection urinaire : infection communautaire et associée aux soins fréquente (ville, ESMS et ES)
- Bon usage des antibiotiques commence par bon usage diagnostique = **bonne réalisation de ECBU**
- ATBgrammes ciblés
- Epargne dès que possible des ATB critiques (**FQ** et augmentin ++)
- Respect des durées ++
- Nouvelles recommandations IUM attendues pour fin 2025

Infections respiratoires



Deux nouvelles recommandations

- Pneumopathie communautaire (janvier 2025)
 - Pneumopathie d'inhalation (mai 2025)
- www.infectiologie.com (recommandations)

Pneumopathies communautaires

À J3

Critères de stabilité clinique	Valeurs
Température	≤ 37,8°C
Pression artérielle systolique	≥ 90 mmHg
Fréquence cardiaque	≤ 100 /min
Fréquence respiratoire	≤ 24 /min
SpO ₂	≥ 90 % en air ambiant
ou PaO ₂	≥ 60 mmHg en air ambiant



Amélioration clinique à

J3



3 j

Amélioration clinique

entre J3 et J5



5 j

Pas d'amélioration

clinique à J5



7 j

Si et seulement si autres complications (abcès, pleurésie de grande abondance,...) ≥ 7 j et argumentation

Critères diagnostiques de la pneumonie d'inhalation

Diagnostic de PI: (1) + (2)

(1) Diagnostic positif de pneumonie

- Signes cliniques d'infection respiratoire aigüe basse
- +
- Infiltrat(s) radiologique(s) nouveau(x).

(2) Diagnostic étiologique présomptif d'inhalation

- Troubles de déglutition ou inhalation
- ou
- Atteinte clinico-radiologique décline en présence de facteur(s) de risque d'inhalation

- **Le tableau respiratoire aigu immédiatement secondaire à une fausse route (pneumopathie chimique) ne répond pas à la définition de PI.**

Antibiothérapie

- Traitement de première intention :
 - **amoxicilline - ac. clavulanique** PO ou IV
- Impossibilité d'utiliser la voie orale et IV :
 - ceftriaxone SC en monothérapie
- Si allergie :
 - Allergie à la pénicilline sans contre-indication à l'utilisation des C3G : ceftriaxone IV ou SC en monothérapie
 - Contre-indication aux bêtalactamines : cotrimoxazole PO ou IV

Il est recommandé de ne pas associer le métronidazole

Nouveau calendrier vaccinal 2025



2025

Calendrier simplifié des vaccinations



Vaccinations obligatoires pour les nourrissons

Âge approprié	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	65 ans et +
BCG	■													
DTP et Coqueluche		■		■			■			■	■		Tous les 20 ans	Tous les 10 ans
Hib		■		■			■							
Hépatite B		■		■			■							
Pneumocoque		■		■			■							■
ROR								■	■					
Méningocoques ACWY						■		■			■			
Méningocoque B			■		■			■						
Rotavirus		■	■	■										
HPV											■			
Grippe														Tous les ans
Covid-19														Tous les ans
Zona														■
VRS														■

!! pneumocoque

!! VRS

Vaccination : êtes-vous à jour ?

2025
calendrier simplifié
des vaccinations
65 ans et plus

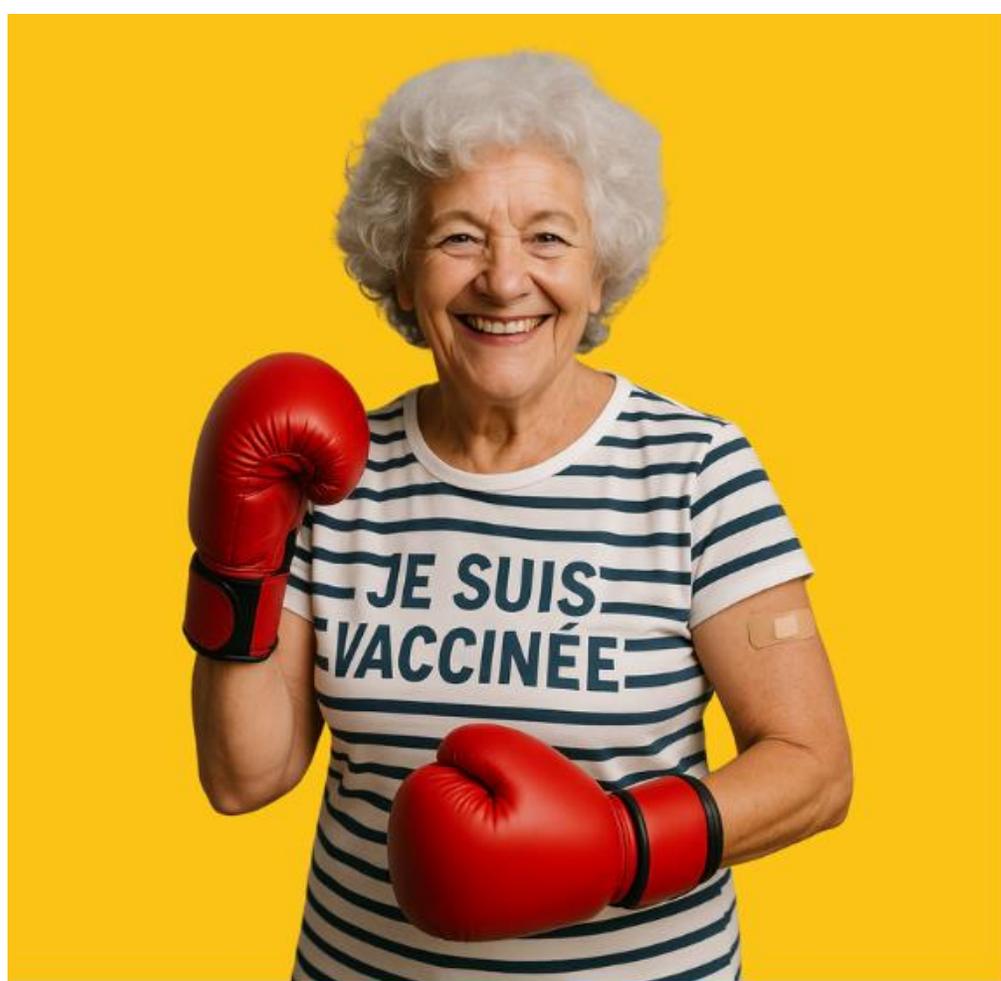
	Personnes de 65 ans et plus				
	65 ans	75 ans	80 ans	85 ans	95 ans et +
DTP-Coqueluche	1 dose	1 dose		1 dose	1 dose
Pneumocoque	1 dose				
Grippe	1 dose par an				
Covid-19	1 dose par an		2 doses par an		
Zona	2 doses (à 2 mois d'intervalle)				
VRS	1 dose pour certaines maladies chroniques	1 dose			



Les vaccins protègent bien plus que vous ne le croyez !



Affiche et argumentaire



Les vaccins protègent bien plus que vous ne le croyez !

- **Maladies cardiovasculaires** : risque réduit par les vaccins contre la grippe, le pneumocoque, le zona et le VRS
- **Accidents vasculaires cérébraux (AVC)** : risque réduit par les vaccins contre la grippe et le pneumocoque
- **Troubles cognitifs** : risque réduit par le vaccin contre le zona

Les vaccins peuvent aussi contribuer à réduire le risque d'autres maladies chroniques ou complications...

Source et résumé des études :
flashez ce code



argumentaire pour les professionnels de santé
argumentaire pour les résidents et leurs familles

Vaccins et risques cardio-vasculaires

- 2023 – Revue de littérature : 38 articles (1 méta-analyse, 1 essai randomisé, 23 études de cohortes prospectives et rétrospectives, 13 études cas-témoins)
- Impact des **vaccinations contre la grippe, le pneumocoque et le zona sur la survenue d'évènements cardiovasculaires** chez les **PA de 65 ans et plus**

Vaccin contre la grippe

- ↓ significative des évènements cardiovasculaires (RR ≈ 0,69 à 0,80 selon les études)
 - ↓ des hospitalisations pour causes cardio-vasculaires (RR ≈ 0,50 [0,27-0,91])
- Effet dose dépendant : la vaccination répétée augmente la protection

Vaccin contre le pneumocoque

Effet modeste mais significatif (RR ≈ 0,94 [0,89-0,99]) sur le risque cardio-vasculaire (surtout si saisons à faible efficacité vaccinale contre la grippe)

Protection supplémentaire lors de combinaison des vaccins contre la grippe et le pneumocoque

Vaccin contre le zona

Diminution du risque d'AVC chez les PA (RR ≈ 0,80 à 0,88 selon les études)

2024
5

Calendrier simplifié des vaccinations



Professionnels de santé

Obligatoires

DTP coqueluche : tous les 5-10 ans

VHB : 1 fois (3 doses)

Recommandées

Grippe : 1 fois par an

COVID-19 : 1 à 2 fois par an

Rougeole : 2 doses au total

Boite à outils

Infections respiratoires aiguës virales (IRAV) chez le sujet âgé



Affiche interactive

L'affiche présente les principaux messages à retenir pour **la prévention, le diagnostic et le traitement** des infections respiratoires aiguës virales (IRAV) chez le sujet âgé. Elle s'adresse à tous les professionnels travaillant ou intervenant auprès des personnes âgées.

AFFICHE EN LIGNE

AFFICHE EN PDF

Trois focus

1-La vaccination

2-La prévention

3-La gestion d'une épidémie



Escape Game

Dépasser l'hésitation vaccinale par l'Escape Game, proposé par le CPias Occitanie

ESCAPE GAME

Références



Centre Régional en Antibiothérapie
CPias
Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
EQUIPE MOBILE D'HYGIÈNE

Prévention, diagnostic et traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) d'origine virale chez le sujet âgé

Saison 2024-2025

Les principaux messages

Le contexte

- Infections respiratoires virales : **contageuses, potentiellement graves, voire mortelles**
- Transmission interhumaine :
 - voie aéroportée par la diffusion d'un continuum de particules infectées de différentes tailles
 - voie manuportée
- Portes d'entrée des virus respiratoires : **muqueuses oro-pharyngées et oculaires**

La prévention

Spécifique :	Non spécifique :
1 Vaccination des professionnels contre la grippe saisonnière et la Covid-19	1 Respect des précautions standard par les professionnels
2 Vaccination des résidents contre la grippe saisonnière et la Covid-19	2 Hygiène des mains par friction
	3 Port du masque chirurgical en cas de signes respiratoires
	4 Aération/ventilation des locaux
	5 Distanciation physique

Pour éviter les cas secondaires :
Prescription, mise en place et respect des précautions complémentaires et mesures barrières

Le diagnostic

≥ 1 signe général (fièvre, frissons) + ≥ 1 signe respiratoire (toux, éternués) = IRA

Virus fréquents : grippe, SARS-CoV-2 (Covid-19), VRS, et autres !

Chez le sujet âgé, **signes cliniques moins spécifiques** : altération de l'état général, chutes, confusion, diarrhée

Confirmation diagnostique : **prélèvement nasopharyngé** sur avis médical

Tests diagnostiques : PCR simple, idéalement multiplex (VRS, grippe, Covid-19) ; technique de référence Du test antigénique (TROD) : simple (grippe ou Covid-19), duplex (grippe + Covid-19)
TROD : attention aux faux négatifs !
Bilan biologique et radiographie thoracique sur avis médical

Le traitement

- Traitement symptomatique** : antipyrétiques, antalgiques (paracétamol). EVITER les AINS. Hydratation suffisante (au moins 1,5 L par jour)
- PAS D'ANTIBIOTIQUE CAR INFECTION VIRALE**
- Traitements antiviraux spécifiques**

GRIPPE	COVID-19
1) Résident symptomatique : dans les 2 jours de début des symptômes OSELTAMIVIR à dose curative PO 75 mg x 2 j pendant 5 j	À débiter dans les 5 jours après le début des symptômes chez patient NON oxygénéodépendant : 1) PALVIDOVID ® (nirmatrelvir/ritonavir) PO 300/100 mg x 2 j pendant 5 j
2) Résident NON symptomatique , contact étroit d'un cas de grippe : A très haut risque de complication ? oui : OSELTAMIVIR à dose curative PO 75 mg x 2 j pendant 5 j non : OSELTAMIVIR à dose prophylactique PO 75 mg pendant 10 j	2) REMEDESIVIR IV pendant 3 j 200 mg J1 puis 100 mg J2-J3 Si patient oxygénéodépendant : avis spécialisé

Cliquez ou flashez pour accéder à notre boîte à outils infections respiratoires
 Cliquez ou flashez pour accéder à la carte de conseil antibiotique

Outils utiles en pratique - BUA

- Antibioclic
- Fiches pratiques HAS (durées ATB)

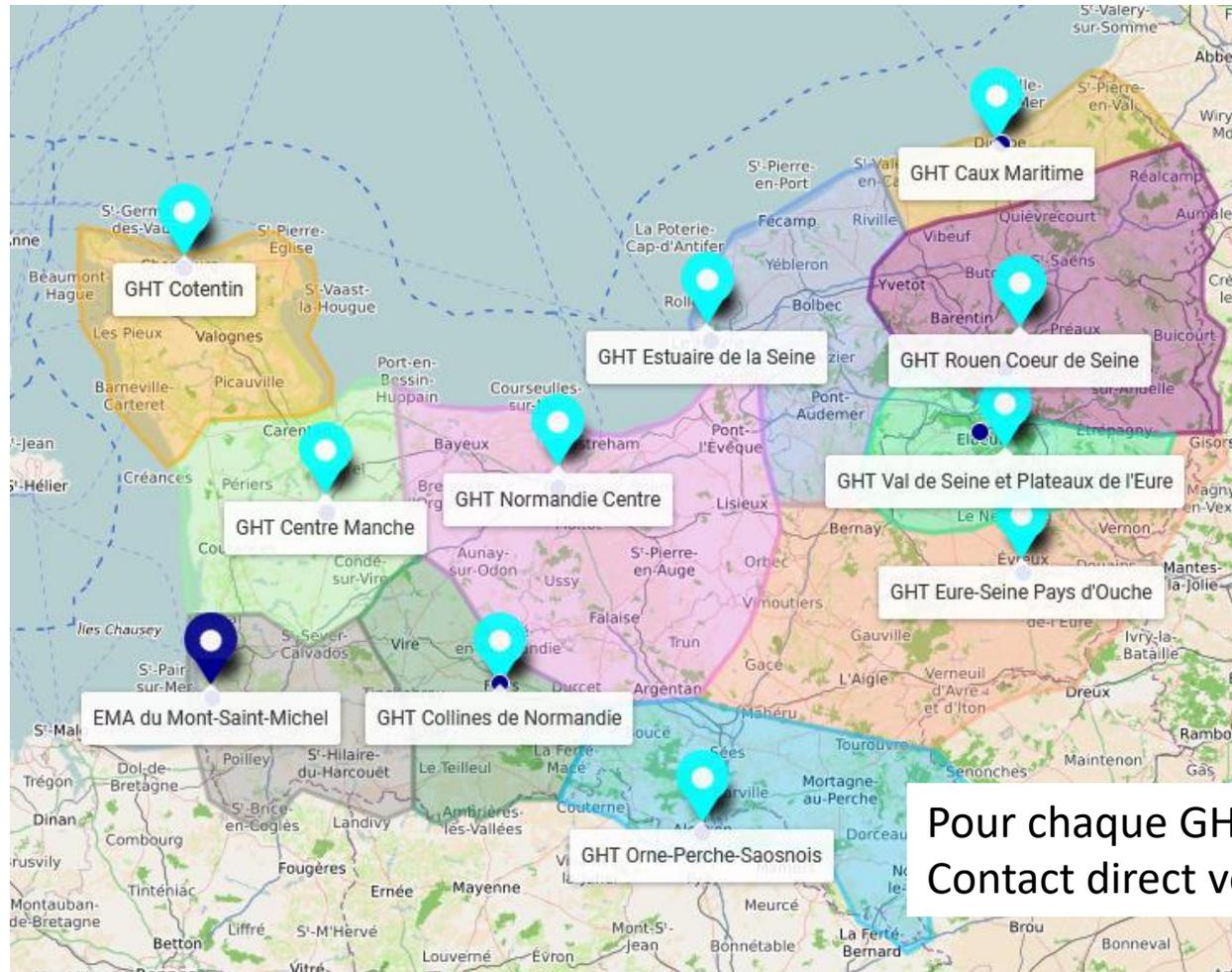
www.normantibio.fr

www.infectiologie.com

www.cpias-normandie.org

- Avis infectieux : téléphone et/ou télé-expertise selon GHT

Organisation du conseil en ATB en Normandie



<https://framacarte.org/fr/map/ema-en-normandie> 132199#8/49.173/0.951

Coordonnées des EMA et équipes d'infectiologie de Normandie



EMA du Mont Saint Michel

Contact : Pr PIEDNOIR Emmanuel - Infectiologue - Tél : 06 72 37 74 07

Dr Fanny JOALLAND - Infectiologue - Tél : 02 33 91 52 78

Contact pour avis : du lundi au vendredi de 9 h à 18 h

GHT Collines de Normandie Contacts : contacter l'EMA du GHT Normandie Centre (Caen) :

Pr VERDON Renaud, Chef de Service d'Infectiologie - CHU CAEN Normandie

Contact pour avis : du lundi au vendredi de 9 h à 18 h - Tél. : 07 61 65 75 24

GHT Orne-Perche-Saosnois Contacts : contacter l'EMA du GHT Normandie Centre (Caen) :

Pr VERDON Renaud, Chef de Service d'Infectiologie - CHU CAEN Normandie

Contact pour avis : du lundi au vendredi de 9 h à 18 h - Tél. : 07 61 65 75 24

GHT Estuaire de la Seine Contact : Dr VANDENDRIESSECHE Anne, responsable d'unité, service d'infectiologie du GH du Havre

Contact pour avis, du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h - Tél. : 06 30 04 03 19

GHT Cotentin Contact : Dr ROGER Hélène, cheffe de service d'infectiologie au CHPC de Cherbourg en Cotentin

Contact pour avis : du lundi au vendredi de 9 h à 18 h - Tél : 06 47 99 90 25

GHT Centre Manche : télé-expertise sur Omnidoc partagée entre infectiologues (Avranches- Granville et Cherbourg)

GHT Normandie Centre Contact : Pr VERDON Renaud, Chef de Service d'Infectiologie - CHU CAEN Normandie

Contact pour avis : du lundi au vendredi de 9 h à 18 h - Tél. : 07 61 65 75 24

Pour le territoire Bessin-Préboage

Contact : Dr BRIERE-BELLIER Claire, infectiologue - Centre Hospitalier de Bayeux

Contact pour avis : lundi, mardi, jeudi, vendredi de 9 h à 18 h

Tél. : 02 31 10 20 86

GHT Caux-Maritime Contact : Dr COEURET Solène - Infectiologue CH Dieppe

Contact pour avis : les lundi (1 semaine/2), mardi, jeudi et vendredi - Tél. : 02 32 14 78 76

En cas d'absence, suppléance par l'EMA du CHU Rouen Normandie : 02 32 88 18 87

GHT Rouen Cœur de Seine Contact : Dr FIAUX Elise, infectiologue, service des maladies infectieuses du CHU de Rouen

Contacts pour avis : du lundi au vendredi, 10 h à 13 h et 14h30 à 17h00 - Tél. : 02 32 88 18 87

GHT Val de Seine et plateaux de l'Eure Contact : Drs CHAUFFREY Laure et PIGNATA

Allan, infectiologues au CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil d'Elbeuf

Contact pour avis, du lundi au vendredi de 9h à 17h - Tél. : 02 32 96 89 82

GHT Eure-Seine Pays d'Ouche Contact : Dr MEGHADECHA Mohamed, infectiologue CHI Eure-Seine Evreux

Contact pour avis du lundi au vendredi de 9h à 18h - Tél. : 02 32 33 89 17

En cas d'absence, suppléance par l'EMA du CHU de Rouen Normandie : 02 32 88 18 87



EST-CE BIEN UTILE ?

Un ECBU positif ne suffit pas au diagnostic d'infection urinaire
Ne prescrivez un ECBU que si vous suspectez une infection

An infographic on a dark blue background. It features three yellow circles, each containing a blue question mark. To the right of the circles is a small illustration of a yellow urine sample container with a red cap. Below the circles and container is the text 'EST-CE BIEN UTILE ?' in pink and white. At the bottom, there are two lines of small white text: 'Un ECBU positif ne suffit pas au diagnostic d'infection urinaire' and 'Ne prescrivez un ECBU que si vous suspectez une infection'.

JE SUIS VACCINÉE

Les vaccins protègent bien plus que vous ne le croyez !

An advertisement for vaccines. It features an elderly woman with short white hair, smiling. She is wearing a black and white striped t-shirt and red boxing gloves. On her left arm, there is a small white bandage. The background is a solid yellow color. At the bottom, there is a dark blue banner with white text: 'Les vaccins protègent bien plus que vous ne le croyez !'. The text 'JE SUIS VACCINÉE' is printed on her t-shirt.

Merci pour votre attention