

Les incontournables en BUA Sylvain DIAMANTIS (SPILF)

Un autre sous titre

Bon usage des antibiotiques



Traiter
efficacement



Prévenir les
résistances

- ✓ Moins prescrire d'antibiotiques
- ✓ Restreindre l'usage des antibiotiques à fort impact écologique
- ✓ Privilégier les antibiotiques épargnant les microbiotes

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by the French infectious disease society (SPILF) and the French-speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by the French intensive care society (SRLF), the French microbiology society (SFM), the French radiology society (SFR) and the French emergency society (SFMU)



PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE PNEUMOPATHIES D'INHALATION

Messages clefs

d'après les recommandations SPILF et SPLF 2025, réalisés en partenariat avec le groupe "Bon Usage des Antibiotiques" de la SPILF



LES TRAITEMENTS



PNEUMOPATHIE COMMUNAUTAIRE

CAS GÉNÉRAL >>> AMOXICILLINE

SITUATIONS SPÉCIFIQUES

Surinfection d'une grippe

Et/ou Comorbidités :

Ethylisme, maladie neurologique, néoplasie, immunodépression, insuffisance respiratoire, cardiaque, hépatique, rénale (DFG<30)



AMOXICILLINE
+ ACIDE CLAVULANIQUE



L'âge avancé et l'asthme ne sont pas considérés comme des comorbidités.

ATYPIQUE

Suspicion de bactérie atypique

Mycoplasme : Toux fébrile trainante, non réponse à 48-72h par bétalactamine, sujets jeunes, signes extra respiratoire, syndrome interstitiel et non systématisé

Légionnelle : voyage récent, exposition à eau en aérosols, signes extra-respiratoire, comorbidités, installation rapidement progressive (2-3 jours) non réponse à 48-72h par bétalactamine



MACROLIDE



PNEUMOPATHIE D'INHALATION

PNEUMOPATHIE VRAIE EN CONTEXTE
D'INHALATION y compris si récidive ou rechute >>> AMOXICILLINE
+ ACIDE CLAVULANIQUE

NEW En cas d'allergie : Ceftriaxone sans Métronidazole ; ou Cotrimoxazole

! Aucune indication à une antibiothérapie préventive en cas d'inhalation sans pneumopathie vraie

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : L'IMAGERIE POUR CONFIRMER LE DIAGNOSTIC !



DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE



NEW

Durées courtes !



3

Jours



5

Jours

Si évolution favorable*
à J3

Si évolution favorable*
entre J3 et J5



PNEUMOPATHIE D'INHALATION



5

Jours

Si évolution favorable*
à J5

*Critères d'évolution favorable :
T°<=37,8°C, PAS>=90 mmHg, FC<=100/min,
FR<=24/min, SpO2>=90%

! La toux et les bruits surajoutés à l'auscultation peuvent persister plusieurs jours.

En pratique :
Prescrire la durée courtes recommandée et programmer une réévaluation à J3

PNEUMOPATHIES D'INHALATION LA PRÉVENTION N'EST PLUS UNE OPTION

PRÉVENTION
HYGÉNO-DIÉTETIQUE
ET POSTURALE



Partial Oral versus Intravenous Antibiotic Treatment of Endocarditis



Kasper Iversen, M.D., D.M.Sc., Nikolaj Ihlemann, M.D., Ph.D., Sabine U. Gill, M.D., Ph.D., Trine Madsen, M.D., Ph.D., Hanne Elming, M.D., Ph.D., Kaare T. Jensen, M.D., Ph.D., Niels E. Bruun, M.D., D.M.Sc., Dan E. Høfsten, M.D., Ph.D., Kurt Fursted, M.D., D.M.Sc., Jens J. Christensen, M.D., D.M.Sc., Martin Schultz, M.D., Christine F. Klein, M.D., et al.

Méthodes :

Essai multicentrique randomisé de non-infériorité,

400 patients EIG à strepto EF, SA, SCN stable à J10

Critère de jugement principal : score composite de mortalité toutes causes confondues, de chirurgie cardiaque non planifiée, d'événements emboliques ou de rechute de bactériémie avec l'agent pathogène primaire, à partir du moment de la randomisation jusqu'à 6 mois après la fin du traitement antibiotique.

Résultats :

médiane de 19 jours de traitement IV (IQ 14 - 25) vs 17 jours (IQ 14 - 25) PO($p = 0,48$).

Critère de jugement composite principal: IV :24 patients (12,1 %) vs 18 (9,0 %) PO (P=0,40)

Conclusions des auteurs:

Chez les patients atteints d'endocardite du côté gauche du cœur qui étaient dans un état stable, le passage à un traitement antibiotique oral n'était pas inférieur à la poursuite du traitement antibiotique intraveineux.

**Relais PO dans l' endocardite à J10
(ESC 2023 et SPILF 2025)**

Antibiotic therapy and prophylaxis of infective endocarditis – A SPILF-AEPEI position statement on the ESC 2023 guidelines

Infectious Diseases Now
Volume 55, Issue 1, February 2025, 105011



Vincent Le Moing ^a   , Éric Bonnet ^b , Vincent Cattoir ^{c d e} , Catherine Chirouze ^f , Laurène Deconinck ^g , Xavier Duval ^h , Bruno Hoen ^f , Nahéma Issa ⁱ , Raphaël Lecomte ^{j k} , Pierre Tattevin ^l , Asmaa Tazi ^{m n} , François Vandenesch ^{o p} , Christophe Strady ^q

Tableau 6a. Schémas d'antibiotiques oraux dans l'EI en fonction de la bactérie responsable.

	Schémas de 1 ^{re} ligne	Schémas alternatifs
<i>Streptococcus spp.</i>	Amoxicilline + rifampicine	<i>Dans l'attente des résultats de l'essai</i>
	ou	RODEO
	Amoxicilline + moxifloxacine	Amoxicilline
<i>Enterococcus faecalis</i>	Amoxicilline + moxifloxacine	<i>Dans l'attente des résultats de l'essai</i>
		RODEO
		Amoxicilline
<i>Staphylococcus spp.</i>	<i>Dans l'attente des résultats de l'essai</i>	Cotrimoxazole
	RODEO	
	Rifampicine + lévofloxacine	
BGN	Ciprofloxacine	

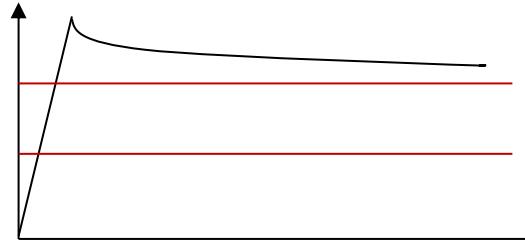
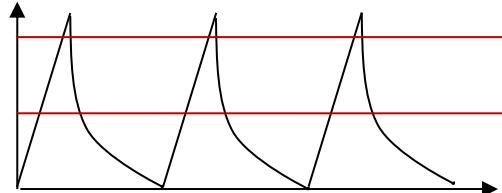
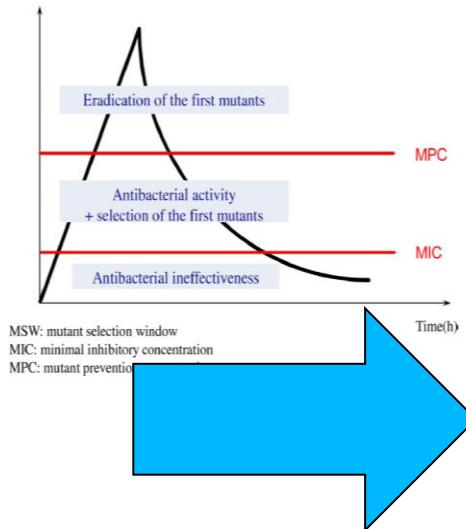
L'optimisation PK/PD en pratique clinique

Définir des objectifs Pk/Pd « cibles »

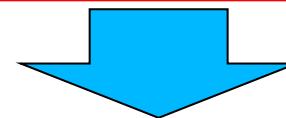
Personnaliser les modalités d'administration des ATB dans le but d'atteindre ces objectifs **pour optimiser l'efficacité**

Peu importe le mode d'administration il faut que le résultat du dosage soit dans l'objectif cible

Administration des antibiotiques et BUA



Epargner les molécules à fort impact écologique en optimisant l'usage des molécules à moindre impact écologique



- Réduire le risque d'échec du traitement
- Réduire l'émergence de résistances sous traitement
- Réduire la pression de sélection sur la flore commensale

- Pace maker infection *enterococcus faecalis* amox 16g/j
- Endocarditis streptocoque penicillin G 20MU/j
- Prostatitis *E. coli* BLSE cefoxitine 8 g/j

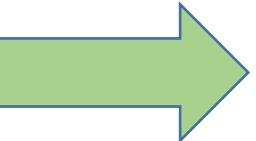
- Optimisation PKPD des vieux antibiotiques
- Epargne des carbaépnèmes / lutte contre l'émergence de l'antibioresistance

Antibiothérapie alternative aux carbapénèmes dans le traitement des infections à entérobactéries sécrétant de la bétalactamase à spectre étendu (EBLSE) : étude de cohorte rétrospective.

Leonor Zanardo¹, Matta Matta¹, Coralie Noel¹, Eléonore Mourre¹, Louis Gounelle¹, Bahar Guludzade¹,
Maxence Rouyer¹, Ekaterina Chakvetadze¹, Astrid DepontFarcy¹, Sylvain Diamantis¹

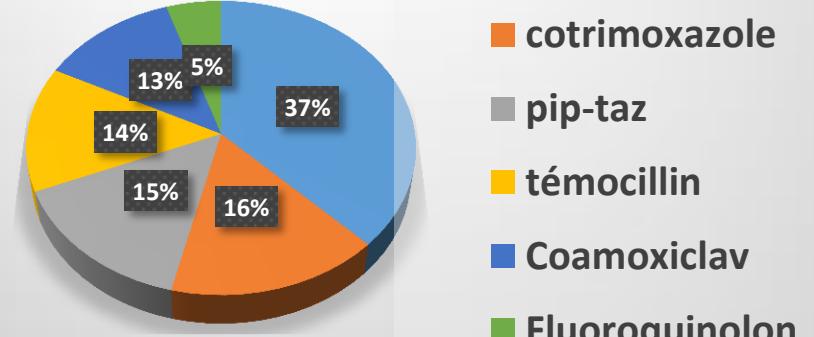
1.Centre Hospitalier de Melun, GHSIF

1272 prélèvements à EBLSE > 223 infections

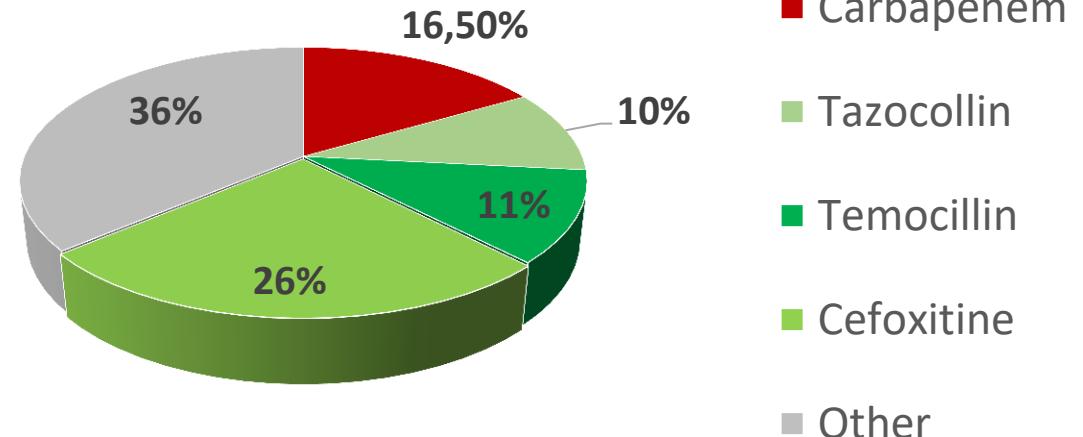


ATB alternatifs aux carbapénèmes: 167 (75%)

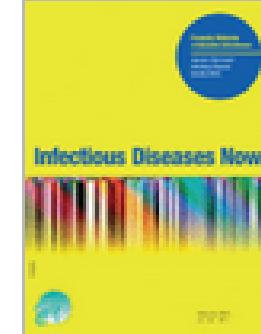
Carbapénems sparring antibiotics



ESBL UTI treatment



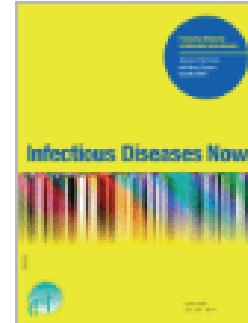
La stratégie d'épargne des carbapénèmes est possible dans 75% des cas et réduit la pression de sélection sur la flore commensale



Guidelines

Intravenous administration of antibiotics by prolonged and continuous infusion

Clément Ourghanlian ^{a b c d e}   , Elise d'Huart ^{f g} , Pascale Longuet ^e , Matthieu Boisson ^{h i} ,
Fabrice Bruneel ^{j k} , Delphine Cabelguenne ^{l c} , Alexandre Charmillon ^{m d} , Antoine Dupuis ^{n c} ,
Pierre Fillatre ^{o d} , Luc Foroni ^{p q} , Lucie Germon ^{r c} , Sylvain Goutelle ^{s t} , Anne-Lise Lecapitaine ^{u e} ,
Cyril Magnan ^{v q} , Claire Roger ^{w i} , Jean Vigneron ^{f g} , Michel Wolff ^{x k} , Remy Gauzit ^d ,
Sylvain Diamantis ^{y d e}

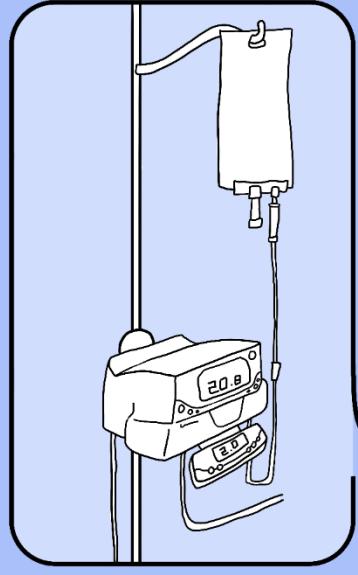


Guidelines

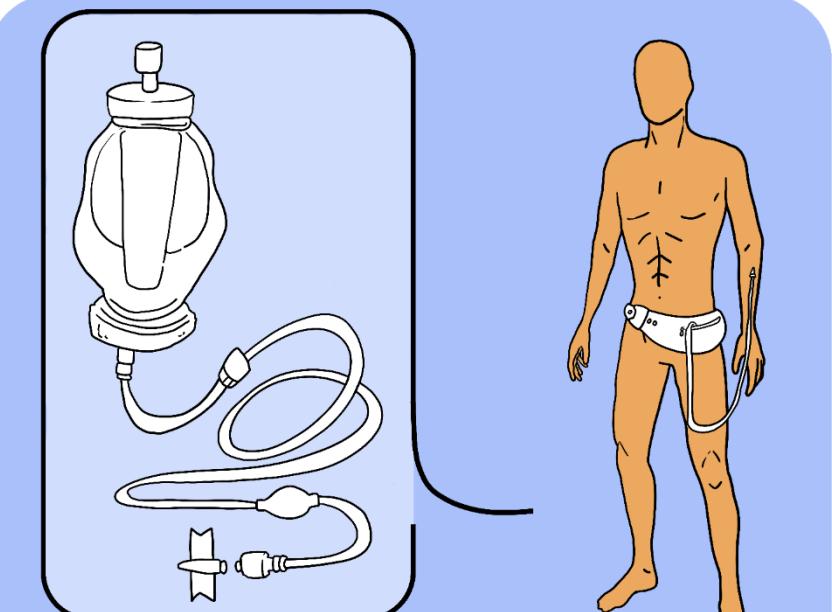
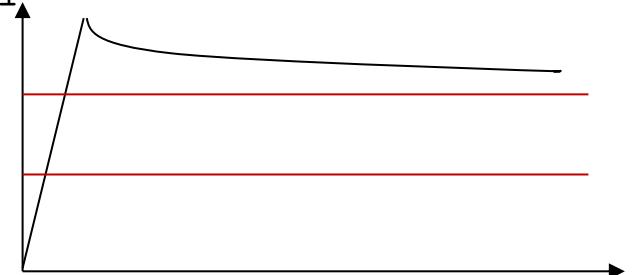
Intravenous administration of antibiotics by prolonged and continuous perfusion in a pediatric context

Clément Ourghanlian ^{a b f g h}   , Marion Caséris ^{c g i} , Elise d'Huart ^{d j} , Robert Cohen ^{g i k} ,
Sylvain Diamantis ^{e g h}

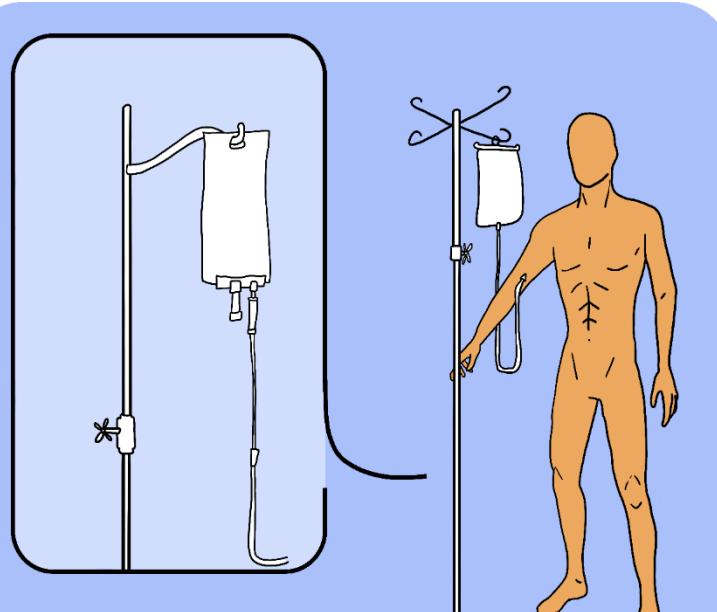
Les différents dispositifs médicaux



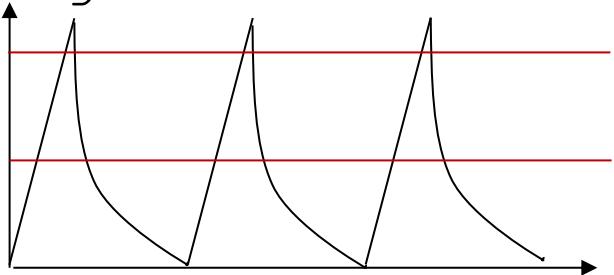
Pompe
Volumétrique



Diffuseur



Perfusion par
gravité



Reco IDNOWS 2025



Table 4

Methods of administration for continuous infusion using elastomeric infusion pumps, for the main antibiotics.

Molecule	Solvent	Maximum concentration	Prescribed daily dose (g)	Dilution and administration	Pump volume	Pump material*	Number of times a nurse needs to visit
amoxicillin	NaCl 0.9 %	12.5 mg/mL	8	4 g in 480 mL over 12 h x2/day	320–480 mL	S	2
			10	5 g in 480 mL over 12 h x2/day	400–600 mL	S	2
			12	6 g in 480 mL over 12 h x2/day	480–600 mL	S	2
aztreonam	NaCl 0.9 %/ G 5 %	50 mg/mL	6	6 g in 120 mL over 24 h x1/day	120–150 mL	P	1
			8	8 g in 150 mL over 24 h x1/day	146–150 mL	P	1
cefazolin	NaCl 0.9 %/ G 5 %	25 mg/mL	6	3 g in 240 mL over 12 h x2/day	240–480 mL	P	2
			8	4 g in 240 mL over 12 h x2/day	320–600 mL	P	2
cefepime	NaCl 0.9 %/ G 5 %	12.5 mg/mL	4	2 g in 240 mL over 12 h x2/day	160–240 mL	S	2
			6	3 g in 240 mL over 12 h x2/day	240–250 mL	S	2
cefotaxime	NaCl 0.9 %/ G 5 %	12.5 mg/mL	8	4 g in 480 mL over 12 h x2/day	320–480 mL	S	2
			10	5 g in 480 mL over 12 h x2/day	400–480 mL	S	2

Schéma « recette de cuisine » à afficher dans le poste de soins et bureau médicaux

Table 1. Social impact (global warming, price, weight of disposal, volume of sterile water nursing time) of antibiotic administration, according with modalities of perfusion.

Molecule	Modalities of perfusion	Daily dosage	Administration	Dilution	Posology	Plastic weight (g)	Steril water (mL)	Global warming (kgCO ₂ e)	Price (€)	Nurse Time (s)
Amoxicillin	Discontinuous	16	SIV	2 g/100 mL	60'x8/j	516	800	2.21	3.28	3848
	Continuous	8	Vol. pump	4 g/200 mL	12hx2/j	148	400	0.89	1.16	667
	Continuous	12	Vol. pump	6 g/300 mL	12hx2/j	191	600	1.29	1.56	888
	Continuous	16	Vol. pump	8 g/400 mL	12hx2/j	191	800	1.29	1.56	1108

Pompe vs perf gravité :

- Réchauffement climatique /3
- Prix /2
- Poids plastique /2,5
- Temps IDE /4





Journées Nationales d'infectiologie

du mercredi 11 juin 2025 au vendredi 13 juin 2025

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Jeudi 12 juin 2025

Antibiothérapie sous-cutanée

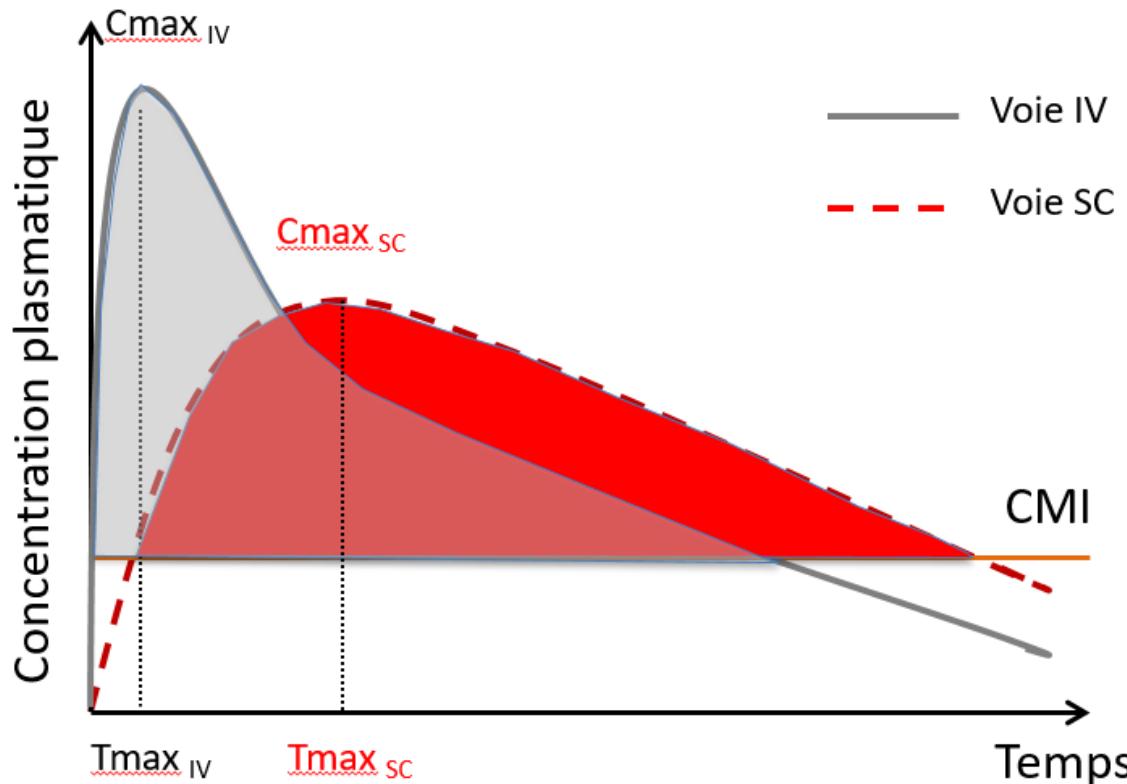
Recommandations de bonne pratique clinique
SPILF/SFGG 2025

*Emmanuel Forestier, Gaëtan Gavazzi, Sylvain Diamantis, Sylvain Goutelle,
Claire Roubaud-Baudron*



Perfusion Sous cutanée et PKPD

Perfusion lente 30' : reconstitution et dilution dans 50 à 100 mL NaCl 0.9%.



Profils de concentration plasmatique d'un antibiotique administré par voie IV et par voie SC. C_{max} : concentration maximale ; MIC : concentration minimale inhibitrice ; T_{max} : temps nécessaire pour atteindre la C_{max} .

PKPD SC :

- Aplatissement du Pic
- Augmentation du temps pour obtenir la C_{max}
- Augmentation du $T > CMI$



Ne pas utiliser pour:

- ATB Concentration dépendant (C_{max} et C_{max}/CMI)
- Sepsis



Optimisation des ATB $T > CMI$

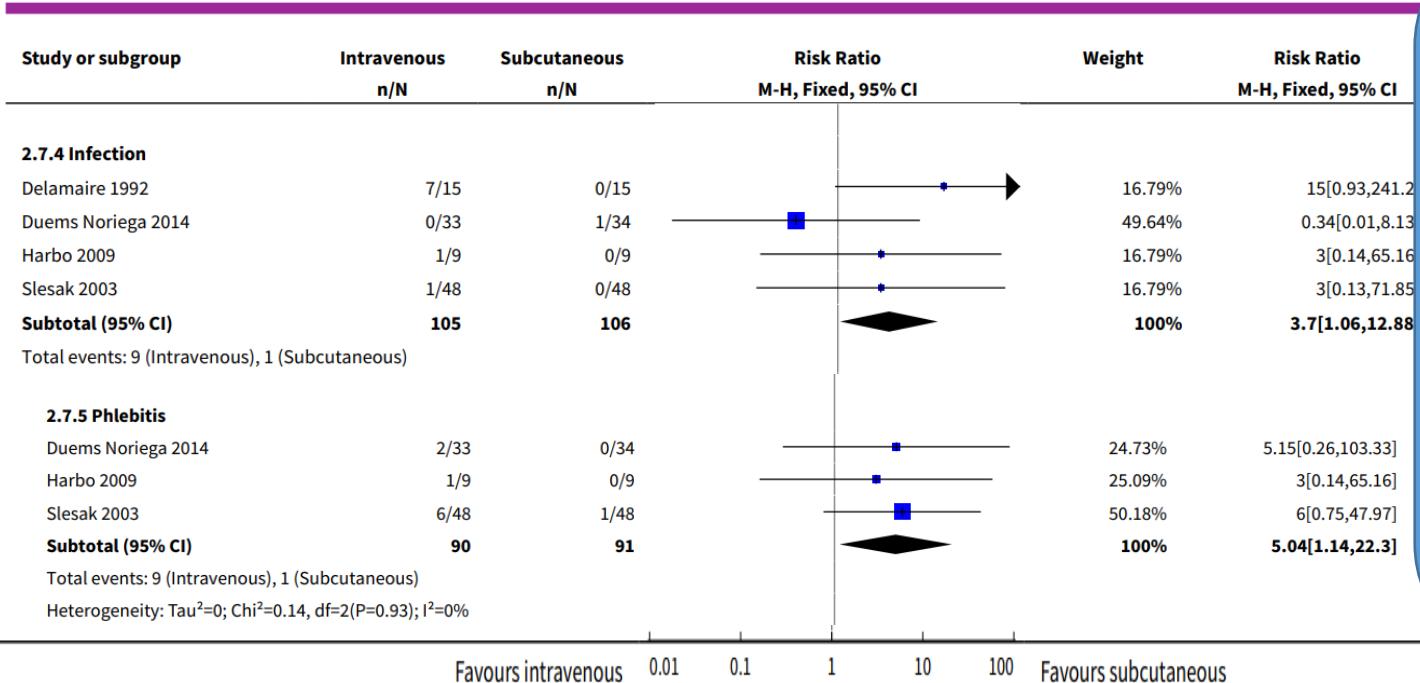
PKPD SC modifié selon les paramètres de chaque ATB. Augmentation de l'absorption si

- hydrosoluble
- pH neutre
- faible viscosité
- bas poids moléculaire

Hypodermoclyse

Comparison of routes for achieving parenteral access with a focus on the management of patients with Ebola virus disease (Review)

Ker K, Tansley G, Beecher D, Perner A, Shakur H, Harris T, Roberts I



- meilleur confort pour le patient
- maintien de la voie d'abord si agitation
- moins de complications locales et infectieuses
- gain de temps pour les IDE

Position du problème, AMM

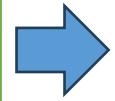
- AMM historique de la ceftriaxone SC
- EMA supprime l'AMM en 2014 lors d'une campagne d'harmonisation
- Lettre de l'ASM en 2019: fin de la SC mais :

"dans certaines situations, le clinicien peut juger indispensable l'administration de la ceftriaxone par voie SC au regard du rapport bénéfice/risque pour son patient et sous réserve d'en informer ce dernier ou sa famille »

Indications et non indications de l'administration d'antibiotiques SC

Indications

- impossibilité d'utiliser les voies
 - IV (capital veineux précaire, agitation),
 - orale (indisponibilité d'antibiotique par voie orale adapté pour le traitement de l'infection et/ou présence de troubles de la déglutition)
 - IM (anticoagulation curative)
- Contexte de soins de confort
- Volonté de faciliter le retour et les soins à domicile



« les experts s'accordent pour penser que la voie SC apporte un bénéfice, en évitant des procédures invasives associées à un risque infectieux accru et un inconfort pour le patient (utilisation de dispositifs médicaux pour accès veineux de moyenne et longue durée type Piccline ou Midline), de recourir à une immobilisation par des contentions physiques ou chimiques, ou de prolonger une hospitalisation. »

Contres indications

- Sepsis
- Obésité

Non indications

- Nécessité d'une voie IV pour d'autres traitements que l'antibiothérapie
- Antécédent d'intolérance de la voie SC / dermatose étendue

Antibiotiques utilisables par voie SC

quand le rapport bénéfice/risque est jugé favorable par le prescripteur, en alternative aux autres voies d'administration parentérales, et quand aucun relais oral n'est possible

ceftriaxone

céfazoline, ertapénème, méropénème, pipéracilline-tazobactam, témocilline, benzylpénicilline

Teicoplanine

amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique, céf épime, ceftazidime, daptomycine

Modalités d'administration des antibiotiques par voie SC



- . Utiliser les sites habituels de perfusion SC (cuisse, abdomen, en regard de la scapula)*
- . Utiliser la même posologie et la même dilution que celles utilisées par voie IV*
- . perfusion SC de 30 à 60 minutes par gravité de la solution d'antibiotique à l'aide d'un cathéter SC souple disposé sur un site habituel de perfusion SC*
- . Il n'est pas recommandé d'administrer un antibiotique en injection SC directe, sauf si la perfusion ne peut être maintenue*
- . Il est possible de débuter l'antibiothérapie directement par voie SC, sans phase initiale par voie IV, lorsqu'il est décidé d'utiliser la voie SC pour administrer la ceftriaxone, l'ertapénème, le méropénème, la pipéracilline-tazobactam, la témocilline ou la céfazoline*

Modalités de surveillance de la SC



Risque d'oubli du KT qui a été
« caché » pour éviter l'arrachage

Cause
d'hyperthermie



**Abcès sous cutanée
post perf SC
« oublié » à la sortie
du patient**

Modèle d'ordonnance pour la pharmacie

MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES Chef de Service Dr E. FORESTIER RPPS : 10004037478	
DOCTEUR A. BOSCH RPPS : 10101098928	
DOCTEUR A-L. DESTREM RPPS : 10100897627	
DOCTEUR M. PEJU RPPS : 10101373776	
DOCTEUR O. DOS SANTOS RPPS : 10100575330	
DOCTEUR A. GORSE RPPS : 10101098928	
DOCTEUR O. ROGEAUX RPPS : 10003081808	
DOCTEUR M. BUCHE RPPS : 10102196663	
DOCTEUR C. BECK RPPS : 10107377318	
DOCTEUR G. BOURGEOIS RPPS : 10102279204	
DOCTEUR E. NEYRET RPPS : 10101648094	
DERMATOLOGIE Tél : 04 79 96 59 95 Chef de service Docteur M-O. RIOU GOTTA RPPS : 10005161061	
Docteur I. CARROTTE RPPS : 10002253317	
Docteur C. BRIN RPPS : 10102290938	
Docteur C. LE HELLOC RPPS : 10101920402	
CAIRNS Permanence d'Accès aux Soins de santé Pharmaco-dépendances Médecine Pénitentiaire Unité d'Accueil et de Soins pour les Sourds Tél : 04 79 96 51 06 Chef de service Docteur B. DE GOER RPPS : 10100081958	
Docteur C. PENAS RPPS : 10100081958	
Secrétariat consultation : ...	

Nom utilisé : **KLEBSIELLA**

Nom de naissance : **KLEBSIELLA**

1^{er} Prénom de naissance : **Oxytoca**

Prénom(s) de naissance : **Oxytoca**

Né le 27/02/1942 - Age : 83 ans - Sexe : F

INS : 2 42 02 67 122 145

1/ CEFTRIAXONE 1 g poudre pour sol inj (1g par jour par voie sous-cutanée, 1 g dans 100 ml de chlorure de sodium 0.9% à passer par voie sous-cutanée sur une durée de 30 à 60 minutes pendant 7 jours)

2/ Set sous-cutané perfuseur 1 voie

Ou

- Cathéter court bleu sécurisé G 22
- Perfuseur 1 voie
- Pansement polyuréthane 10x12cm
- Seringue à usage unique 20ml
- Aiguille hypodermique rose 18G 40mm

3/ Poche souple de chlorure de sodium 0.9% de 100ml

4/ CHLORHEXIDINE DIGLUCONATE/ALCOOL ISOPROPYLIQUE 2g/70 mL pour 100 mL solution pour application cutanée Fl. 125ml

5/ Compresses stériles non tissées 10x10cm Sachet/2

6/ Pansement non tissé stérile 5x7cm

Prescription hors AMM pour le traitement d'une pélonéphrite après information et accord du patient de la balance bénéfice/risque favorable

QSP: 7 j

Justification de la voie d'administration

	IV	PO	SC
Observance du traitement	++ sauf patient dément	+/-	++ même patient dément
Disponibilité des antibiotiques large spectres	+++	--	+++
Disponibilité des antibiotiques à forte pénétration tissulaire	+++	+++	--
Impact sur le microbiote /antibiorésistance	?	?	+/-
Prise orale impossible	++	--	++
Prise IV impossible	--	++	++
Optimisation PKPD	+++	+/-	+++
Couts des molécules	--	+++	--
Charge en soins	--	+++	+
Iatrogénie	Inf de KT	Troubles digestifs	Très rare inf. de KT
Efficacité thérapeutique	+++	+++	+++?

L'usage de la voie IV devrait désormais être exceptionnel

Clinical Practice Guideline by Infectious Diseases Society of America (IDSA): 2025 Guideline on Management and Treatment of Complicated Urinary Tract Infections: Executive Summary

STEP 4: ANTIBIOTIC (tailoring empiric antibiotic therapy in septic patients)

In patients with cUTI (including pyelonephritis), should selection of empiric antibiotic therapy be further tailored by consulting an antibiogram?

Recommendations:

- I. In patients with sepsis assumed to be caused by complicated UTI (including acute pyelonephritis), we suggest using an antibiogram to further tailor empiric antibiotic choice **only if** the antibiogram is local, recent, and relevant to the patient (conditional recommendation, very low certainty of evidence).

Remarks:

- An antibiogram is considered local if derived from the same healthcare facility, recent if based on data from the prior 12 months and relevant to the patient if based on organisms from a similar patient population.
- If an antibiogram is being used to further tailor empirical antibiotic choice, consider selecting an antibiotic for which 90% or more of the most relevant organism(s) are susceptible in patients in septic shock, or for which 80% or more of the most relevant organism(s) are susceptible in patients with sepsis without shock. These cutoffs are based on modeling of increased mortality risk associated with inappropriate empiric antibiotics in sepsis and septic shock.
- Septic shock is defined by the Sepsis-3 Task Force as a subset of sepsis in which despite volume resuscitation, vasopressors are required to maintain blood pressure and serum lactate level is greater than 2 mmol/L, reflecting an in-hospital mortality greater than 40%.^{20,21}

- II. For patients with suspected complicated UTI without sepsis (including acute pyelonephritis), we make no specific recommendation about using an antibiogram to further tailor empiric antibiotic choice (no recommendation, knowledge gap).

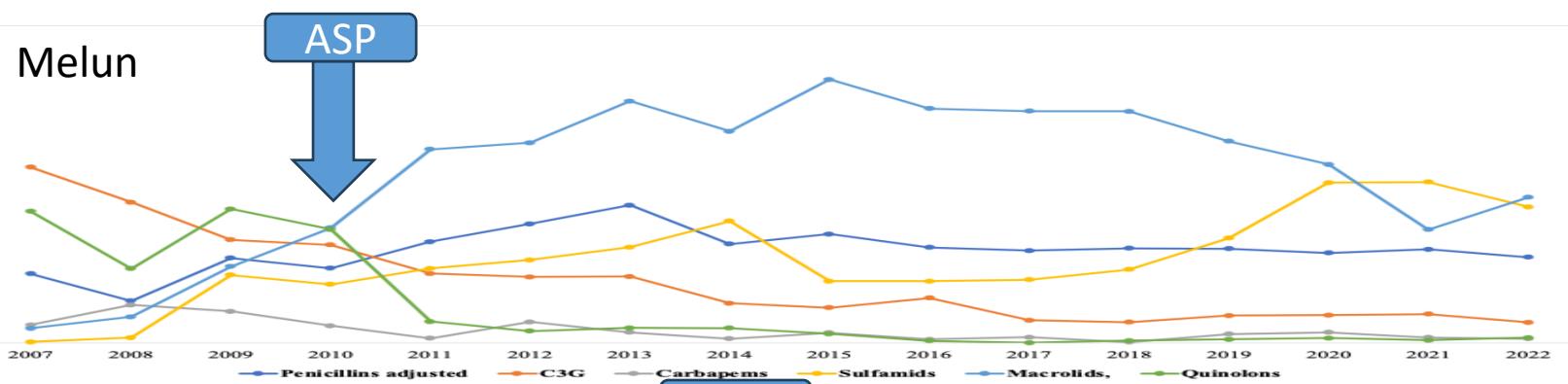
Remarks:

- Patients who are not septic have a lower risk of mortality from cUTI (less than or equal to 5%) and initial inappropriate empiric antibiotic choice has little impact on mortality. Routine use of broader-spectrum agents in suspected complicated UTI without sepsis may drive antimicrobial resistance without substantial patient benefit.

- Disposer d'une épidémiologie locale de la résistance
- Choc septique : 90% de Sensibilité pour le trt probabiliste
- Sepsis sans choc: 80 %

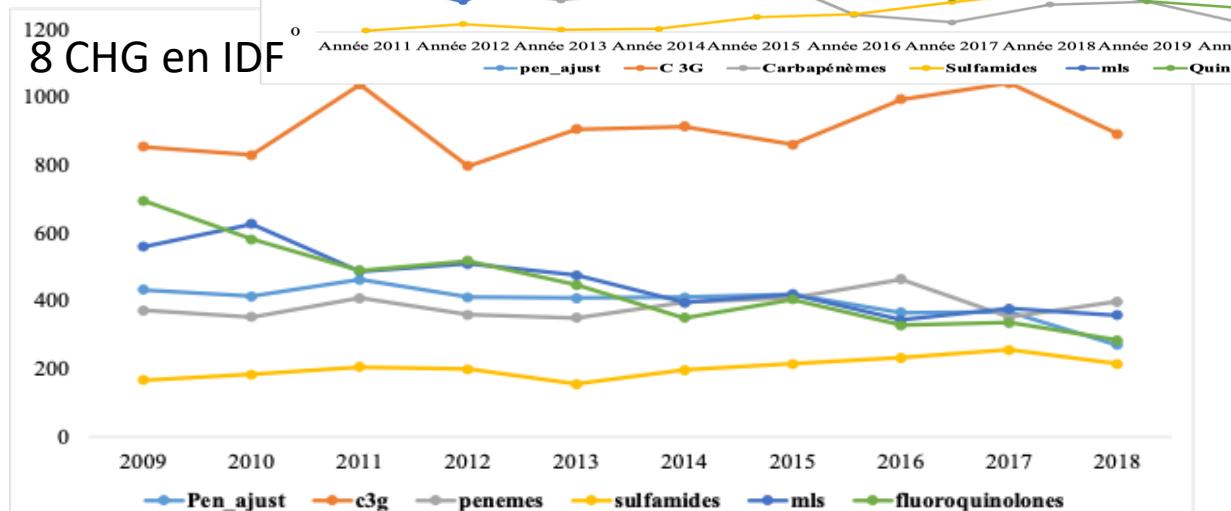
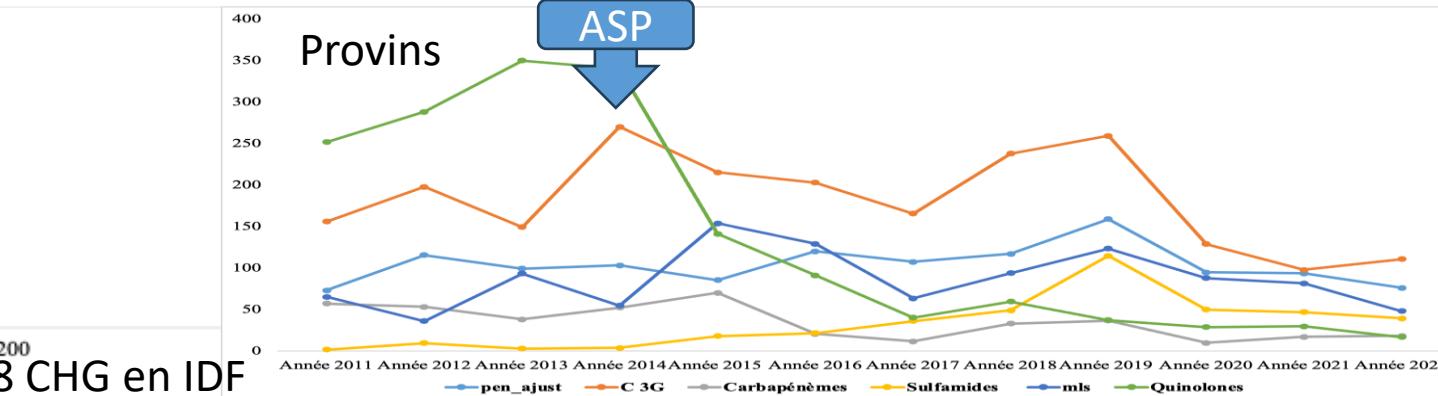
- En l'absence de sepsis trimethoprim-sulfamethoxazole en première intention ou AMC en alternative

Suivi des conso ATB en réanimation avant après un programme de BUA

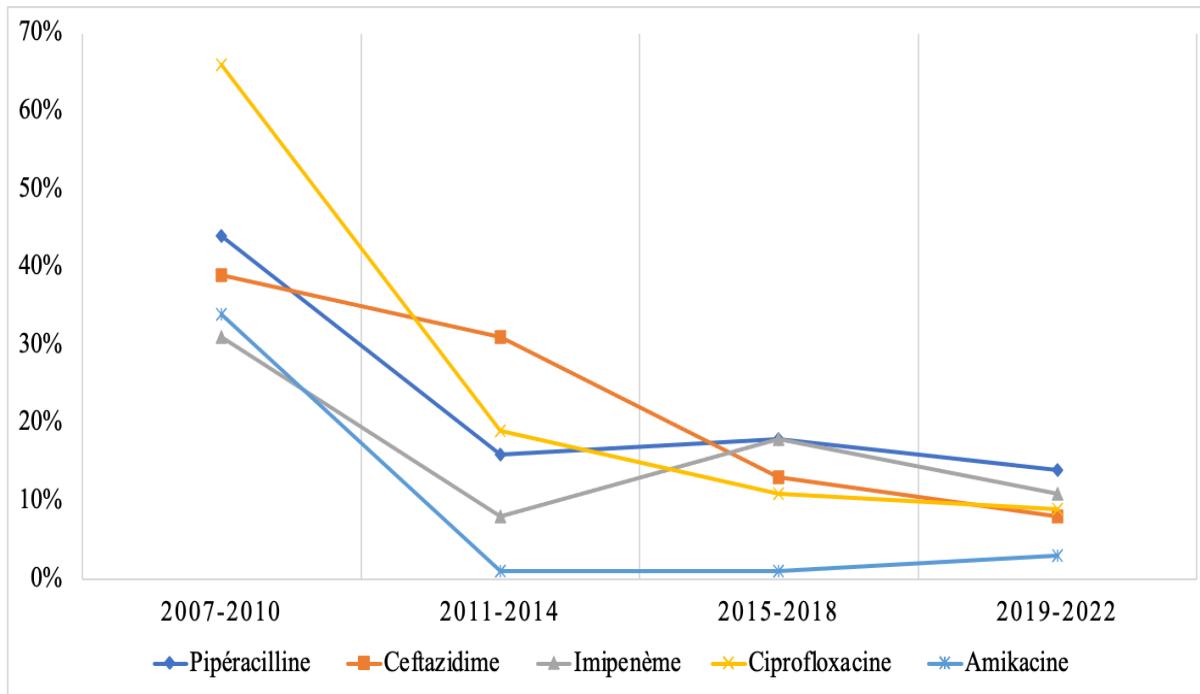


Conso des ATB critiques FQ et carba:

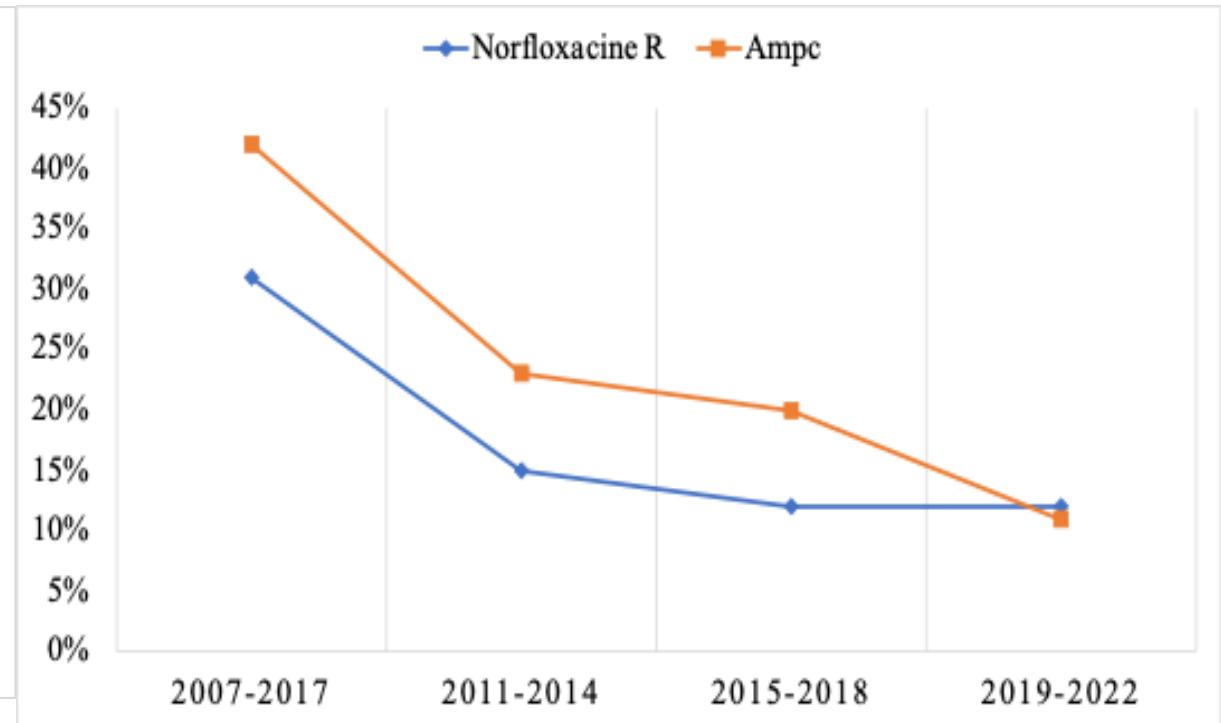
- <10 DDJ/JH Melun
- <30 DDJ/JH Provins
- >200 8 CHG



Evolution des résistances bactériennes en Réanimation Melun



Pseudomonas aeruginosa

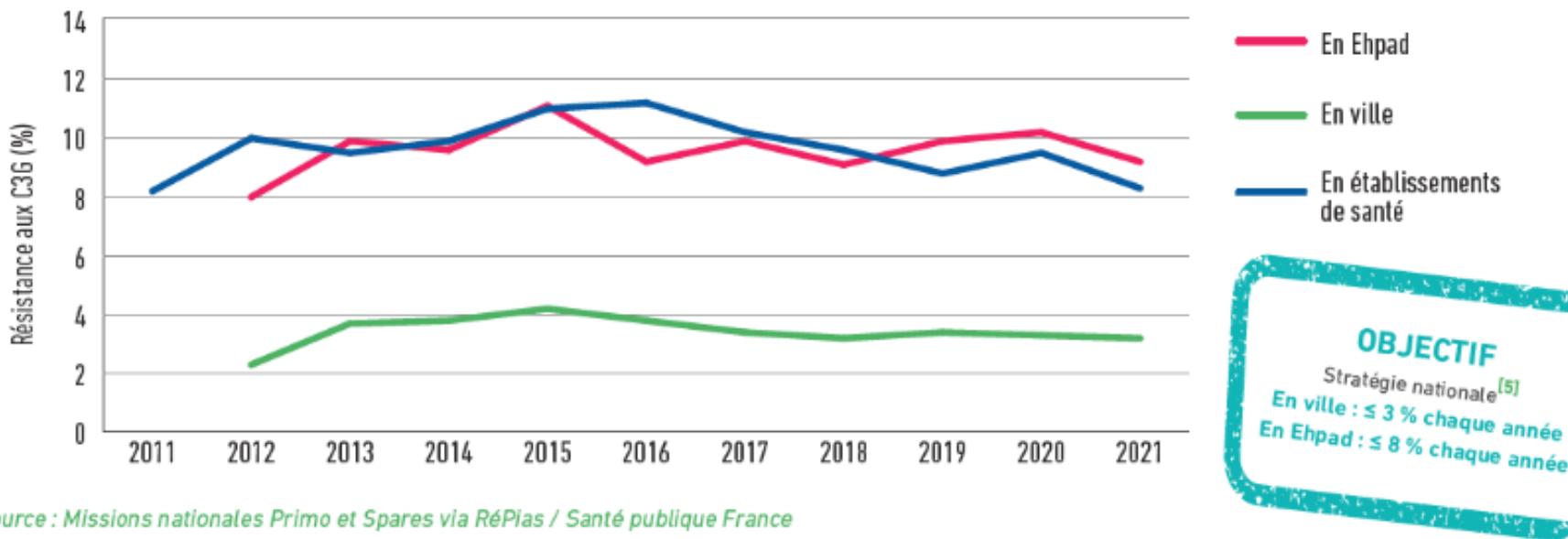


Entérobactéries du groupe 3



Exemple d'un ASP en EHPAD

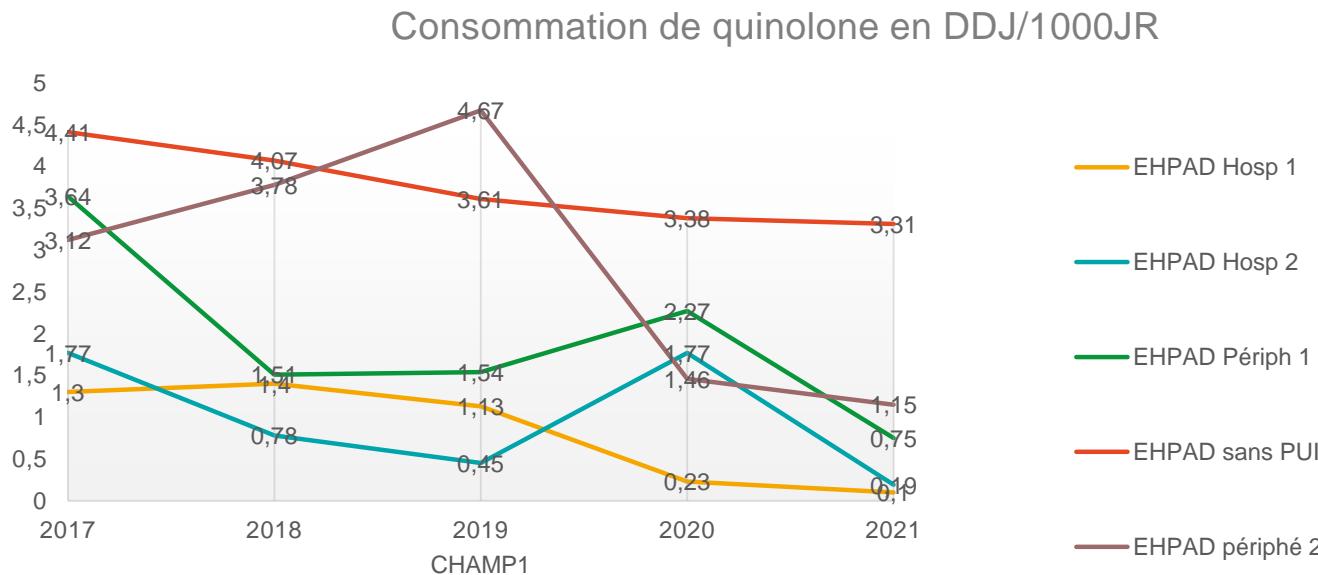
Résistance aux céphalosporines de 3e génération chez les souches *E. coli* isolées en établissements de santé, en ville et en Ehpad, France. Santé humaine, 2010-2021.



OBJECTIF
Stratégie nationale^[5]
En ville : ≤ 3 % chaque année
En Ehpad : ≤ 8 % chaque année

- Les EHPAD ne sont plus le « sanctuaire de la résistance »
- EHPAD = lieux de résidence = communautaire
- L'antibiorésistance en EHPAD devrait être similaire à l'antibiorésistance communautaire

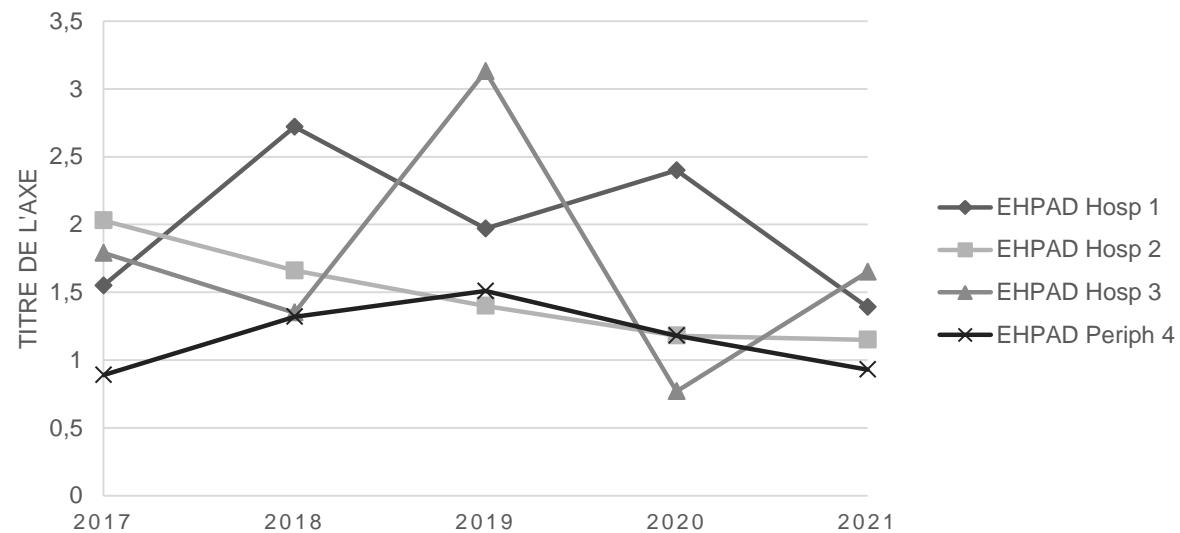
Programme de BUA en EHPAD 77



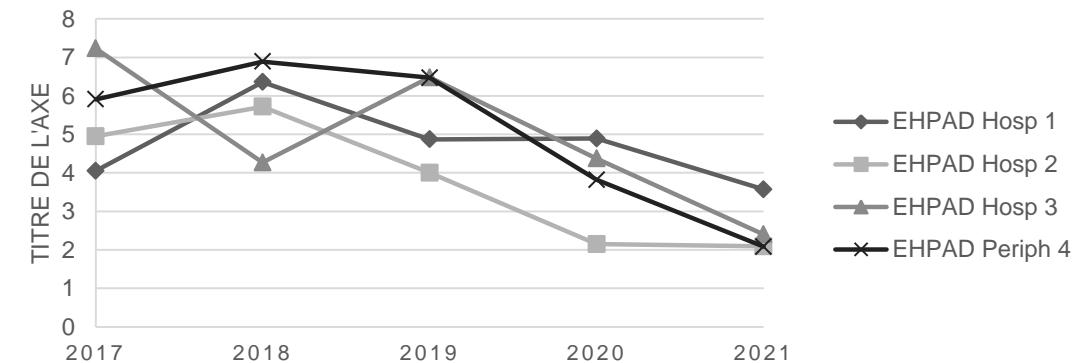
Évolution des résistances bactériennes en EHPAD en % de FQ sur les souches E.Coli avec données PRIMO.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PRIMO National EHPAD	20,0%	18,7%	19,1%	16,9%	19,5%	18,7%
PRIMO île de France EHPAD	NC	NC	21,6%	16,5%	25,2%	24,6%
PRIMO EHPAD SANS PUI Seine et Marne ville	NC	NC	NC	21,1%	19,6%	16,4%
PRIMO Seine et Marne ville patient >65 ans	15,7%	13,3%	12,1%	14,6%	14,5%	13,4%
EHPAD Hosp 1	22,12% (2/9)	12,5% (4/13)	0% (0/13)	9,52% (2/21)	17,39% (4/23)	12,9% (4/31)
EHPAD Hosp 2	20% (4/20)	26% (7/27)	14% (4/28)	9% (2/23)	17% (6/35)	3% (1/30)
EHPAD Periph 1	20% (8/40)	13,95% (6/43)	14,91% (7/44)	11,63% (5/43)	29,41% (9/34)	11,11% (4/36)
EHPAD Periph 2	NC	NC	15,0% 3/20	16% 4/25	25% 4/16	15,4% 2/13

CONSOMMATION C3G DDJ/1000JR



CONSOMMATION TOTALE DDJ/1000JR



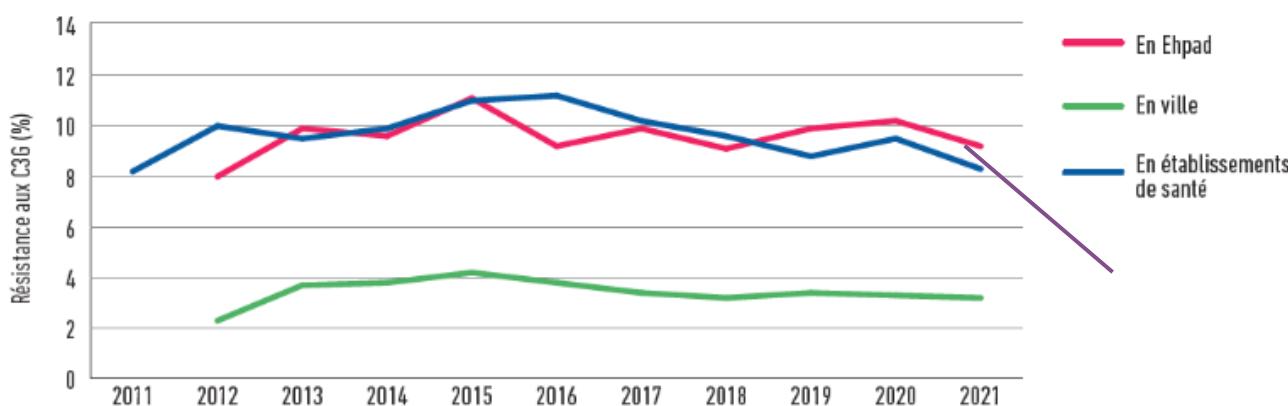
Évolution des résistances bactériennes en EHPAD en % de C3G sur les souches E.Coli avec données PRIMO.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PRIMO National EHPAD	9,9%	11,4%	9,9%	10,2%	9,2%	8,5%
PRIMO île de France EHPAD	NC	NC	14%	16,2%	14,5%	15,5%
PRIMO Seine et Marne ville patient >65 ans	3,3%	2,9%	4,9%	4,7%	3,9%	4,6%
PRIMO EHPAD SANS PUI Seine et Marne ville	NC	NC	12,5%	13%	8,2%	8,9%
EHPAD Hospit 1	22,22% (2/9)	30,77% (4/13)	15,38% (2/13)	9,52% (2/21)	8,7% (2/23)	6,45% (2/31)
EHPAD Hospit 2	5% (1/20)	7% (2/27)	14% (4/28)	9% (2/23)	5,7% (2/35)	3% (1/30)
EHPAD Hospit 3	25% (10/40)	20,93% (9/43)	11,36% (5/44)	4,65% (2/43)	23,53% (4/34)	11,11% (3/36)
EHPAD Périph 4	NC	NC	5% 1/21	12% 3/25	7,7% 1/13	8,3% 1/12

Indicateur de BUA en EHPAD

Objectifs: %C3G R EHPAD/ Ville < 2

Résistance aux céphalosporines de 3e génération chez les souches *E. coli* isolées en établissements de santé, en ville et en Ehpad, France. Santé humaine, 2010-2021.

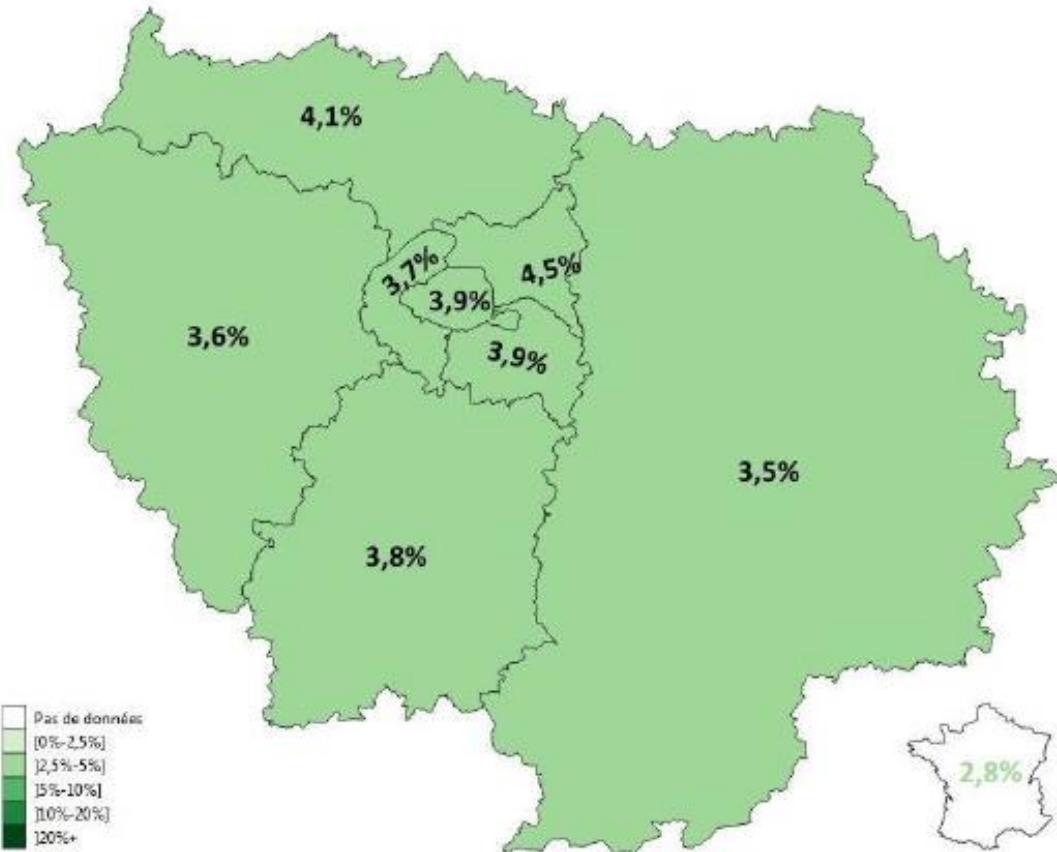


Rôle essentiel du pharmacien PUI ou officine

Escherichia coli (urines)

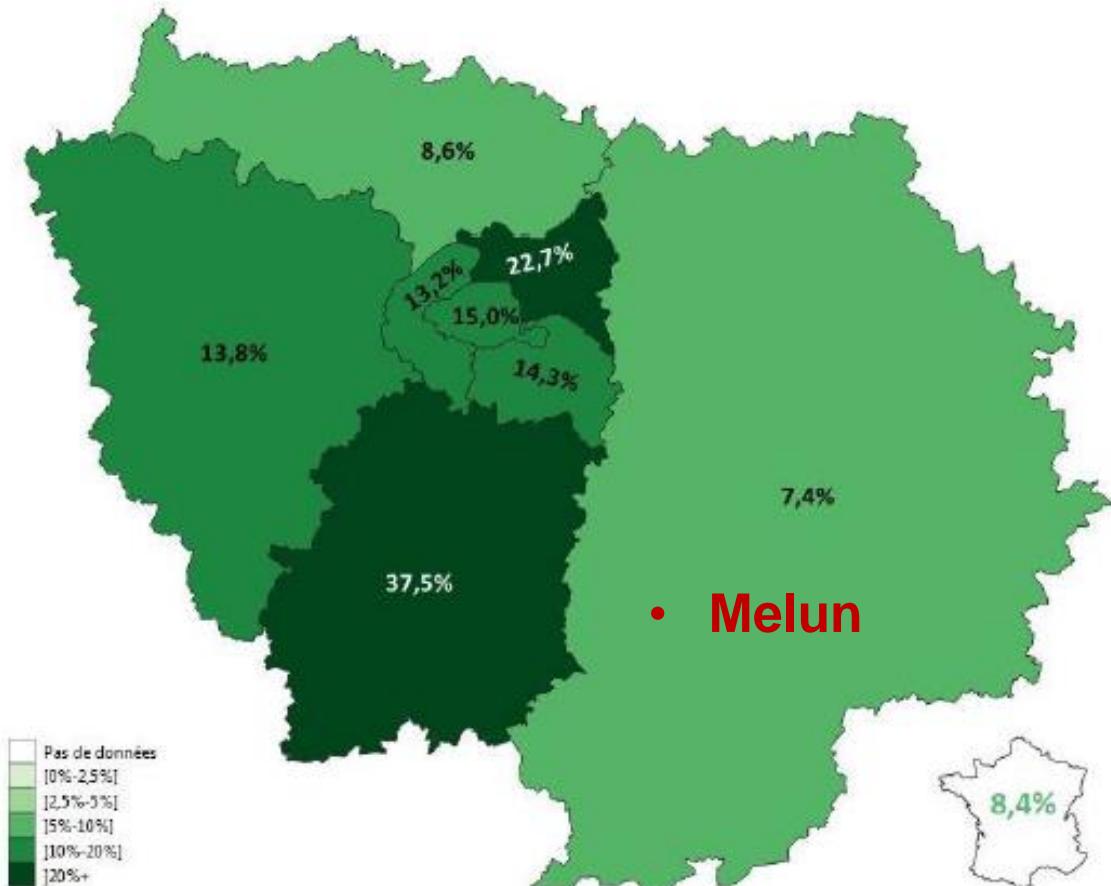
Primo IdF 2021

Domicile
IdF 3,9% (N=85.433)



% BLSE

EHPAD
IdF 13,5% (N=1119)



MERCI
Sylvain Diamantis
Sylvain.diamantis@ghsif.fr