



INFECTIONS RESPIRATOIRES EN EHPAD

PROPOSITION D'APPLICATION PRATIQUE INSPIREE DES RECO 2025

Dr P. BUGNON
Dr B. ROSOLEN
Dr T. SIXT

Avec la participation active des Drs
ALIXANT, HOURDAIN, MORELON, PLASSARD, SIMONET,
médecins coordinateurs

SOMMAIRE

- L'EHPAD, un monde à part
- Le résident, un patient particulier
- L'épidémiologie : particulière
- La clinique : souvent atypique
- Approche syndromique et orientation diagnostique bactériologique
- Le traitement : reco 2025 « adaptées »

UNE BONNE PRISE EN CHARGE IMPOSE :

4 points clés

- DU BON SENS MEDICAL INTUITIF
- UN BON EXAMEN CLINIQUE
- DES REEVALUATIONS AUTOMATIQUES
- UN RÔLE PARA MEDICAL ESSENTIEL



POINTS FORTS DES PRISES EN CHARGE EN EHPAD



Points forts

- Médecin
- Résident
- Dossier médical
- Para-médicaux
- Lanceur d'alerte

Un **MEDECIN** coordinateur ou prescripteur

MEDECIN COORDINATEUR

Ne se substitue pas au médecin traitant

→ veille à la qualité de prise en charge des résidents en coordonnant les actions entre les différents intervenant

MEDECIN PRESCRIPTEUR



Un EHPAD **soumis à la tarification globale** de remboursement des soins peut salarier un « médecin prescripteur ».

Celui-ci peut être désigné comme médecin traitant des résidents qui le souhaitent.

Points forts

- Médecin
- Résident
- Dossier médical
- Para-médicaux
- Lanceur d'alerte



Un **RESIDENT** connu et surveillé

Un **DOSSIER** médical **accessible et contenant les points essentiels à une bonne prise en charge**

- antécédents, comorbidités
- ordonnance de suivi
- dossier de pré admission avec un focus infectieux expliquant et comprenant :
 - les mesures barrières imposées si nécessaire
 - l'état vaccinal (vaccinations obligatoires et /ou recommandées avant l'institutionnalisation :DTCP, pneumocoque, covid, grippe, VRS) pour patient, entourage, (et personnel de l'EHPAD??)
- directives anticipées, personne de confiance, personne à prévenir

Points forts

- Médecin
- Résident
- Dossier médical
- Para-médicaux
- Lanceur d'alerte

Des **PARAMEDICAUX indispensables** (Infirmière, aide-soignante, kiné, orthophoniste, ergothérapeute...)

DES LANCEURS D'ALERTE

LANCEURS D'ALERTE INTUITIFS
“JE LE SENS BIEN ...OU JE NE LE SENS PAS....”

→ **le patient** lui même quand il le peut

→ son **entourage**

→ l'ensemble du **personnel** para-médical (aides-soignants, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes)et non médical (techniciens de surface)



Ça colle ou ça cloche

- Appel médecin
- Constantes de base
- Ce qui permet

“ÇA COLLE OU ÇA CLOCHE”

TOUT CHANGEMENT CLINIQUE PEJORATIF **IMPOSE** :

→ l'appel d'un médecin (co, traitant, urgentiste...)

→ la prise des constantes de base

- état de conscience, confusion, cyanose, toux, douleurs
- température
- fréquence cardiaque
- fréquence respiratoire
- tension artérielle
- saturation en oxygène
- vomissements



Ça colle ou ça cloche

- Appel médecin
- Constantes de base
- Ce qui permet

CE QUI PERMET:

- un **gain de temps** précieux (diagnostic et thérapeutique)
- la surveillance de la survenue de **signes de gravité**
- la réalisation d'un **suivi rapproché**
- la **réévaluation** de l'état du patient quotidiennement ou pluri quotidiennement



POINTS FAIBLES DES PRISES EN CHARGE EN EHAPD

Points faibles

- Résident
- Lieu de vie
- Mesures barrières
- Intervenants
- Indisponibilité
- Examens

TOUT **RESIDENT** EN EHPAD EST CONSIDERE COMME **A RISQUE**



- âge (> 84 ans)
- comorbidités fréquentes,
- interrogatoire parfois difficile, confusion
- déambulation

TOUJOURS TENIR COMPTE DE **L'AGE PHYSIOLOGIQUE**

Points faibles

- Résident
- L'environnement
- Mesures barrières
- Intervenants
- Indisponibilité
- Examens



Lieu de vie +/- adapté (chambre double, salles communes d'animation, réfectoire...)

Vie en **communauté**

Sur risque de contagion (entourage familial et / ou personnel d'établissement non vaccinés ou malades)

Mesures barrières d'application difficile : résidents déambulants, confus, ne comprenant pas les consignes, ne supportant pas le port du masque (majoration de dépression, syndrome de glissement)



**on isole une
bactérie, on
n'isole pas un
résident**



Points faibles

- Résident
- L'environnement
- Mesures barrières
- **Intervenants**
- **Indisponibilité**
- Examens

multiples +++ (propres à l'établissement ou extérieurs)

Disponibilité non optimale du personnel soignant médical ou para médical



Ce qui est à l'origine :



- aug. du délai de diagnostic et de prise en charge
- aug. du nombre de transport aux urgences
- aug. hospitalisations
- dim. qualité de suivi
- dim. des possibilités de réévaluation



Points faibles

- Résident
- L'environnement
- Mesures barrières
- Intervenants
- Indisponibilité
- Examens

EXAMENS complémentaires conseillés (RECO 2025) **difficilement ou non réalisables**

● **PARACLINIQUES:**

- rendez-vous tardifs
- transports indisponibles
- transports problématiques



● **BIOLOGIE** délocalisée

NON DISPONIBILITE des **TDR** (coût pour l'établissement, non commandés...)

Epidémiologie

- Des chiffres
- Facteurs favorisants / aggravants
- Atypies cliniques

EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES EN EHPAD

>70 ans : risque x 5 des PAC /15-19 ans

En EHPAD:

- risque x 30 des Iresp / popul.géné
- risque x 3 des pneumopathies ttes étiologies
- risque x 5 grippe, pneumocoque
- risque x 10 rhinovirus
- pneumopathies : 1^{ère} cause hospitalisation et décès d'origine infectieuse
- pneumopathies d'inhalation : 20 à 30% des pneumopathies aiguës

Si plus de 3 cas groupés en 4 jours : signalement ARS



Facteurs favorisants/aggravants

Epidémiologie

- Des chiffres
- Facteurs favorisants / aggravants
- Atypies cliniques

Du classique en gériatrie

- défaut de vaccination (grippe,covid,VRS,pneumocoque,coqueluche)
- insuffisance respir. BPCO, cancer...
- immunodépression de toutes origines
- trouble déglutition, RGO
- insuffisance cardiaque, maladie thrombo-embolique
- insuffisance rénale, hépatique
- dénutrition, intoxication OH
- mauvais état et mauvaise hygiène bucco-dentaires
- altération cognitive, confusion, syndrome de glissement
- iatrogénie +++ (hypnotiques ...)
- hospitalisation dans les 6 mois et antibiothérapie dans le mois préc.



Epidémiologie

- Des chiffres
- Facteurs favorisants / aggravants
- Atypies cliniques

atypies cliniques / âge

- douleur thoracique : variable /absente
- fièvre : modérée/absente
- toux : absente 30%
- expectoration, dyspnée : absentes 50%
- signes extra-respiratoires prédominants :
 - troubles de la vigilance, de la déglutition
 - insuffisance cardiaque
 - RGO, vomissements, douleur abdominale
- symptômes gériatriques aspécifiques : perte d'autonomie, chutes, confusion



CONSEQUENCES

TOUT SUR OU SOUS DIAGNOSTIC



DEFAUT DE PRISE EN CHARGE



AUGMENTATION DE LA MORBI-MORTALITE



Ça colle, j'le
sens bien!

Examen clinique

- Généralités
- Finalité
- Signes de gravité
- Si je reste à l'EHPAD

L'EXAMEN CLINIQUE

Ça cloche, j'le
sens pas

→ CAPITAL +++++

→ EN PRESENTIEL +++++ dépistage d'un foyer de crépitant en visio?



→ RESTER SEMIOLOGIQUE +++++

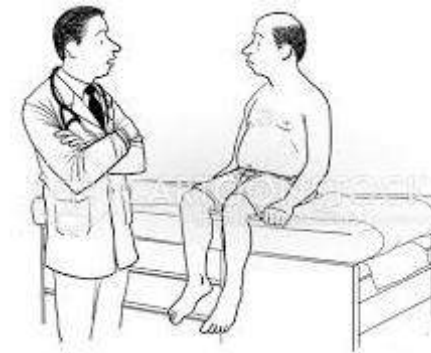
→ DU BON SENS CLINIQUE INTUITIF +++++

→ EXAMEN DU PATIENT : GLOBALITE +++++

→ AGE PHYSIOLOGIQUE, ETAT DE BASE +++++



A vous de jouer...



Examen clinique

- Généralités
- Finalité
- Signes de gravité
- Si je reste à l'EHPAD



PERMET :

90 à 95% des diagnostics sans recours à des examens complémentaires

TOUT CHANGEMENT **RECENT** CLINIQUE OU DE COMPORTEMENT CHEZ UN RESIDENT IMPOSE :

- une **alerte** (rôle ++ du personnel paramédical ou non médical)
 - une prise des **constantes de base**
 - un **examen médical complet** pulmonaire et extra-pulmonaire
- qui prendra en compte les atypies sémiologiques chez le patient âgé

Examen clinique

- Généralités
- Finalité
- Signes de gravité
- Si je reste à l'EHPAD

AVANT TOUT, RECHERCHER DES SIGNES DE GRAVITE +++



Signes de gravité?



Résident à risque?



Questionnement:

- conscience altérée
- PAS < 90 mm hg
- FC > 120/mn
- FR > 30/mn
- fièvre < 35° ou > 40°
- saturation O₂ < 90%



- Immunodépression
- ins.resp? ins.card?
- asthme sévère
- BPCO sévère
- Cancer
- autre maladie pulm. sévère

- peut-on attendre la visite d'un médecin? Appel du 15?
- A-t-on les moyens de surveiller à l'EHPAD?
- A-t-on les moyens de traiter à l'EHPAD?
- Faut-il hospitaliser? (gravité, nécessité d'examens complémentaires..demander l'avis du 15)
- Quelles sont les directives anticipées?

Examen clinique

- Généralités
- Finalité
- Signes de gravité
- Si je reste à l'EHPAD

→ SI ABSENCE DE SIGNE DE GRAVITE
→ SI DECISION DE NON HOSPITALISATION



L'examen clinique doit être COMPLET pulmonaire et extra-pulmonaire

SE MEFIER chez le sujet âgé :

- signes modifiés ou absents
- signes extra-pulmonaires prédominants

(cardiaques, cutanés, ORL :réflexe nauséeux troubles de déglutition, neurologiques, abdominal, recherche de iatrogénie)

Examen clinique

- Interrogatoire
- Signes généraux
- Signes fonctionnels
- Examen du thorax

INTERROGATOIRE

- **antécédents** personnels et familiaux
- facteurs de **terrain** (favorisant ou aggravant)
- **contages** possibles
- **traitements** de base (iatrogénie)
- état **vaccinal**



Examen clinique

- Interrogatoire
- Signes généraux
- Signes fonctionnels
- Examen du thorax

Les signes généraux

→ température



→ anorexie, perte de poids



→ asthénie



→ trouble de vigilance



→ trouble de déglutition



Examen clinique

- Interrogatoire
- Signes généraux
- Signes fonctionnels
- Examen du thorax

Les signes fonctionnels

- **TOUX** Récente? Sèche ou grasse? Quinteuse? Positionnelle?
- **DOULEUR THORACIQUE** Récente? Aigüe ou chronique? Irradiations?
- **EXPECTORATION** Apparition ou modification? Couleur, aspect, odeur (purulent ne veut pas toujours dire infection)
- **DYSPNEE** Apparition ou modification? Brutale ou progressive? Permanente ou à l'effort? Inspiratoire ou expiratoire? Tirage balancement thoraco-abdominal?



Examen clinique

- Interrogatoire
- Signes généraux
- Signes fonctionnels
- Examen du thorax

L'examen du thorax

→ **INSPECTION** forme, mobilité, type de respiration

→ **PALPATION** douleur costale, vibrations vocales

→ **PERCUSSION** matité, tympanisme

→ **AUSCULTATION**

- râles bronchiques: bronchite
- râles crépitants: condensation pulmonaire
- localisation du foyer: oriente l'étiologie
- souffle: tubaire? Pleural?



L'EXAMEN CLINIQUE

PERMET D'ELIMINER LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

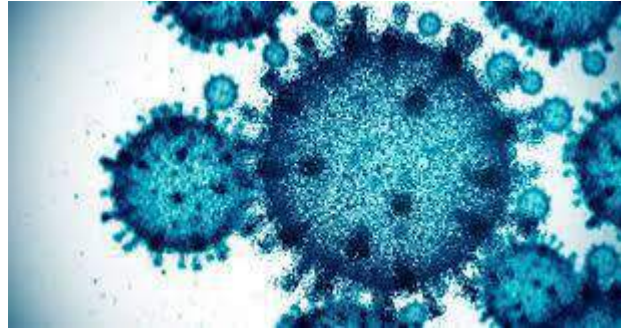
- maladie thrombo-embolique
- insuffisance cardiaque
- origine non pulmonaire
- iatrogénie
- maladie sous jacente (cancer, DDB...)



ORIENTATION DIAGNOSTIQUE CLINIQUE DES I.RES.P. FREQUENTES EN EHPAD

Approche syndromique

VIRUS ++++



BACTERIES

APPROCHE SYNDROMIQUE



BRONCHITE

Approche syndromique

- **Bronchite**
- Brocho-pneumonie
- PAC
- Pneumonie d'inhalation
- BPCO
- Maladie sous-jacente

AGENTS INFECTIEUX

- virus (VRS) +++
- Bordetella pertussis et para-pertussis
- Mycoplasma pneumoniae



CARACTERES PARTICULIERS

- fréquence +++
- caractère saisonnier (hivernal-épidémie)
- contagé +++
- état vaccinal

TABLEAU CLINIQUE

- auscultation normale ou **ronchi**
- **syndrome viral** (fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies)
- toux sèche, douloureuse, rétro-sternale
- pharyngite, conjonctivite bilatérale



Approche syndromique

- **Bronchite**
- Brocho-pneumonie
- PAC
- Pneumonie d'inhalation
- BPCO
- Maladie sous-jacente

BRONCHO-PNEUMONIE

AGENTS INFECTIEUX

→ **virus** +++ (Covid, grippe, VRS)



CARACTERES PARTICULIERS

- fréquence +++
- **caractère saisonnier** (hivernal)
- épidémie
- contagé
- état vaccinal

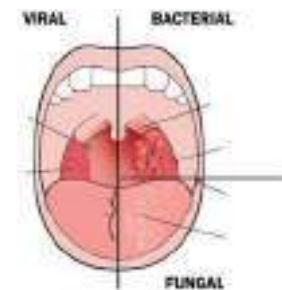


TABLEAU CLINIQUE

- auscultation normale ou **ronchi** (+/- **crépitant**)
- **syndrome viral** (fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies)
- toux sèche douloureuse, rétro-sternale
- pharyngite, conjonctivite bilatérale

PNEUMONIE AIGÜE COMMUNAUTAIRE (PAC)

Approche syndromique

- Bronchite
- Brocho-pneumonie
- PAC
- Pneumonie d'inhalation
- BPCO
- Maladie sous-jacente

AGENTS INFECTIEUX

origine bactérienne présumée

- pneumocoque >50%
- Haemophilus
- Staphylococcus aureus
- BGN (Klebsiella p., Moraxella c., Legionella)
- anaérobies <5%
- co-infection virale possible
- origine méconnue 50%



CARACTERES PARTICULIERS

- >65 ans
- tabac +/- OH+
- comorbidités +
- immunodépression
- pic hivernal = surinfection de virose
- état vaccinal?
- aérosols? voyages? climatisation? (légionellose)



Approche syndromique

- Bronchite
- Brocho-pneumonie
- **PAC**
- Pneumonie d'inhalation
- BPCO
- Maladie sous-jacente

TABLEAU CLINIQUE

- début souvent **brutal**
- fièvre rapidement **élevée**
- **râles crépitants** en **foyer** (parfois ronchi associés)
- syndrome de **condensation parenchymateux** (matité, souffle tubaire, frottement pleural si pleurésie associée)
- **douleur** thoracique ou thoraco-abdominale, sous mamelonnaire majorée si pleurésie associée)
- **toux pénible**, majorée aux changements de position si pleurésie associée
- expectoration: **purulente**, **hémoptoïque** (rouillée)



Approche syndromique

- Bronchite
- Brocho-pneumonie
- PAC
- **Pneumonie d'inhalation**
- BPCO
- Maladie sous-jacente

PNEUMOPATHIE D'INHALATION

AGENTS INFECTIEUX :

souvent polymicrobiennes

- **Pneumocoque ++**
- **Haemophilus ++**
- Staphylococcus auréus
- BGN
- Anaérobies < 5%
- Pseudomonas aéruginosa
- Origine méconnue : 30%



CARACTERES PARTICULIERS

- **20 à 30% des pneumopathies en EHPAD**, facteurs de risque associés +
- troubles de conscience ,déglutition, réflexe nauséeux et de toux abolis
- mauvaise hygiène bucco-dentaire
- pathologie neuro-vasculaire

Approche syndromique

- Bronchite
- Brocho-pneumonie
- PAC
- **Pneumonie d'inhalation**
- BPCO
- Maladie sous-jacente

TABLEAU CLINIQUE

- **à différencier** des pneumopathies « chimiques » des fausses routes
- tableau de **pneumopathie aigüe** (fièvre, douleur, expectoration, dyspnée)
- **foyer** souvent **basal droit**
- **troubles de déglutition** ou autres facteurs de risque associés



SURINFECTION DE BPCO

Approche syndromique

- Bronchite
- Brocho-pneumonie
- PAC
- Pneumonie d'inhalation
- **BPCO**
- Maladie sous-jacente

AGENTS INFECTIEUX

souvent polymicrobiennes

- **pneumocoque++**
- **haemophilus ++**
- staphylococcus aureus
- BGN
- anaérobies <5%
- sur-risque d'infection à pseudomonas
- origine méconnue :30%



CARACTERES PARTICULIERS

- intoxication tabagique
- intoxication professionnelle
- co-addictions**



TABLEAU CLINIQUE

- **BPCO sévère** (majoration toux, dyspnée, expectoration, aspect purulent de l'expectoration, diminution du VEMS)
- fièvre inconstante



COMPLICATION DE MALADIE SOUS-JACENTE

Approche syndromique

- Bronchite
- Brocho-pneumonie
- PAC
- Pneumonie d'inhalation
- BPCO
- **Maladie sous-jacente**

AGENTS INFECTIEUX

souvent polymicrobiennes

- pneumocoque ++
- Haemophilus ++
- staphylococcus aureus
- BGN
- anaérobies <5%
- sur-risque d'infection à pseudomonas
- origine méconnue:30%



CARACTERES PARTICULIERS

- antécédents
- comorbidités
- **infections récurrentes dans le même territoire**



TABLEAU CLINIQUE

- tableau +/- aigu
- dépend du degré d'obstruction bronchique

Approche bactériologique

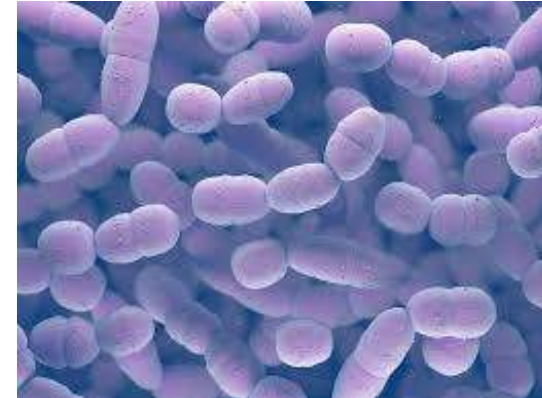
- **Pneumocoque**
- Haemophilus
- Mycoplasma pneumoniae
- Klebsiella pneumoniae
- Legionella pneumophila
- Bordetella pertussis et para-pertussis
- Staphylococcus aureus

APPROCHE BACTERIOLOGIQUE PROBABILISTE/TABLEAU CLINIQUE (AGE)

BACTERIE pneumocoque

CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES PARTICULIERS

- âge > 65 ans
- comorbidités
- **vaccination non à jour**



CARACTERES CLINIQUES

- tableau de PAC
- herpès fréquent
- Début brutal

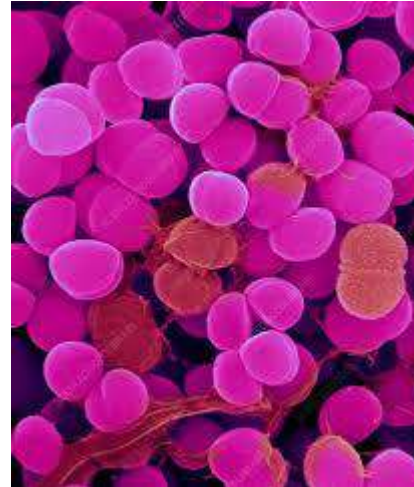
Approche bactériologique

- Pneumocoque
- **Haemophilus**
- Mycoplasma pneumoniae
- Klebsiella pneumoniae
- Legionella pneumophila
- Bordetella pertussis et para-pertussis
- Staphylococcus aureus

BACTERIE Haemophilus

CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES PARTICULIERS

- âge > 65 ans
- comorbidités
- immunodépression



CARACTERES CLINIQUES

- idem pneumocoque

Approche bactériologique

- Pneumocoque
- Haemophilus
- *Mycoplasma pneumoniae*
- Klebsiella pneumoniae
- Legionella pneumophilla
- Bordetella pertussis et para-pertussis
- Staphylococcus aureus

BACTERIE *Mycoplasma pneumoniae*

CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES PARTICULIERS

- contage : famille ou collectivité
- plusieurs cas groupés
- absence de réponse à une antibiothérapie par **Blact** bien conduite



CARACTERES CLINIQUES

Début progressif, bronchite traînante

- signes extra respiratoires +++(céphalées, myalgies, érythème polymorphe)
- complications : encéphalite, myocardite

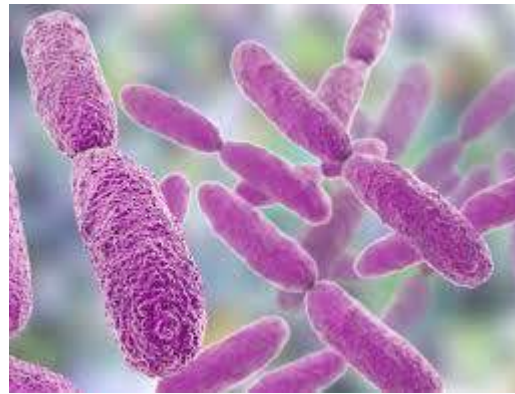
Approche bactériologique

- Pneumocoque
- Haemophilus
- Mycoplasma pneumoniae
- **Klebsiella pneumoniae**
- Legionella pneumophila
- Bordetella pertussis et para-pertussis
- Staphylococcus aureus

BACTERIE **Klebsiella pneumoniae**

CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES PARTICULIERS

- âge > 65 ans
- comorbidités(OH)
- immunodépression



CARACTERES CLINIQUES

- expectoration « gelée de groseille »
- formes nécrosantes excavées possibles

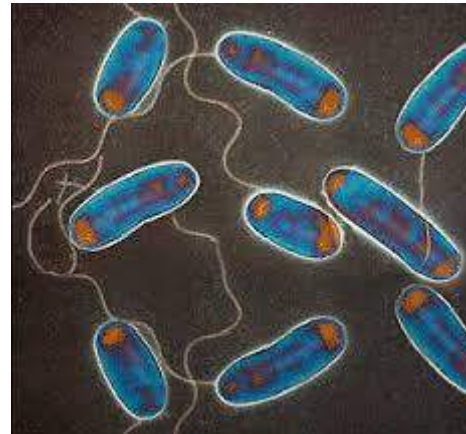
Approche bactériologique

- Pneumocoque
- Haemophilus
- Mycoplasma pneumoniae
- Klebsiella pneumoniae
- Legionella pneumophilla
- Bordetella pertussis et para-pertussis
- Staphylococcus aureus

BACTERIE Legionella pneumophilla

CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES PARTICULIERS

- tout aérosol dont climatisation
- comorbidités
- immunodépression
- absence de réponse à une antibiothérapie par Blact. bien conduite



CARACTERES CLINIQUES

- tableau bilatéral rapidement progressif
- absence de signe ORL associé
- signes extra respiratoires +++ (digestifs, musculaires, neurologiques dont confusion)
- signes biologiques (hyponatrémie, anémie hémolytique, rhabdomyolyse, insuffisance rénale)

Approche bactériologique

- Pneumocoque
- Haemophilus
- Mycoplasma pneumoniae
- Klebsiella pneumoniae
- Legionella pneumophila
- Bordetella pertussis et para-pertussis
- Staphylococcus aureus

BACTERIE Bordetella pertussis et parapertussis

CARACTERES EPIEMIOLOGIQUES PARTICULIERS

- épidémie?
- contagé?
- vaccination non à jour?(B pertussis)



CARACTERES CLINIQUES

- bronchite traînante
- toux quinteuse persistante+++
- toux atypique fréquente chez sujet âgé

Approche bactériologique

- Pneumocoque
- Haemophilus
- Mycoplasma pneumoniae
- Klebsiella pneumoniae
- Legionella pneumophila
- Bordetella pertussis et para-pertussis
- **Staphylococcus aureus**

BACTERIE Staphylococcus aureus

CARACTERS EPIDEMIOLOGIQUES PARTICULIERS

→ surinfection de virose
pulmonaire +++

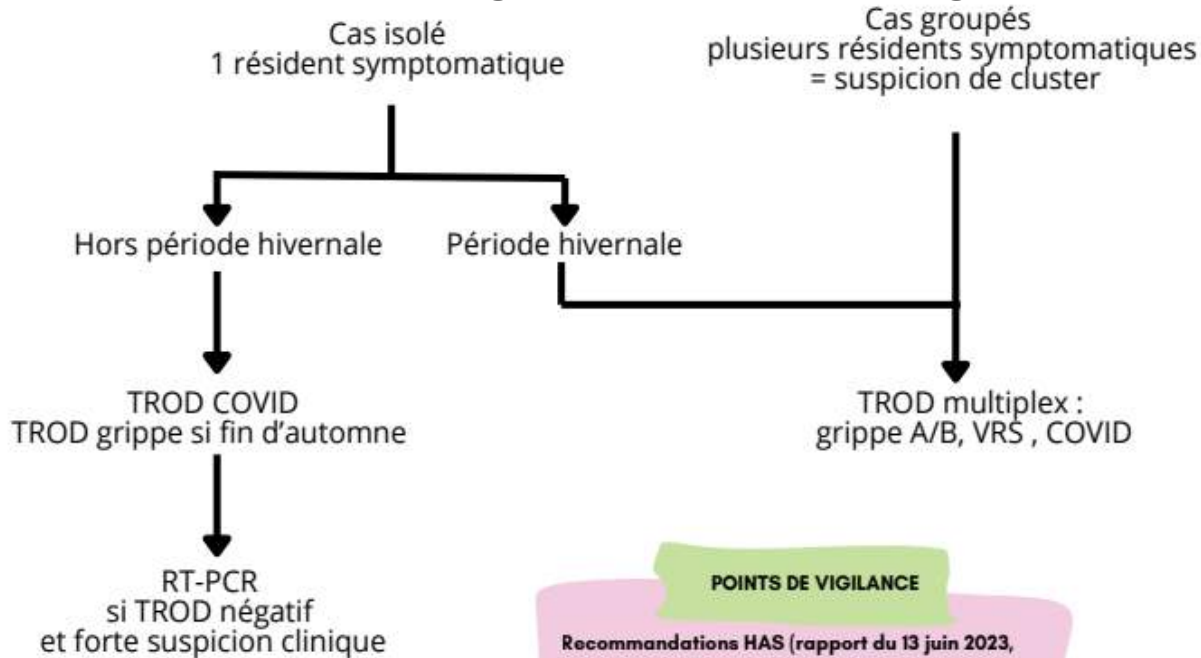


CARACTERES CLINIQUES

→ idem pneumocoque
→ formes aigües nécosantes possibles

Documentation microbiologique

Examens biologiques d'aide au diagnostic



POINTS DE VIGILANCE

Recommandations HAS (rapport du 13 juin 2023, actualisé mai 2024)

- Objectif diagnostic individuel (résident symptomatique) :
 - Privilégier un TROD grippe isolé à haute sensibilité
 - L'usage de TROD combinés (grippe/COVID ou grippe/COVID/VRS) n'a pas d'intérêt démontré au niveau individuel – trop de faux négatifs, particulièrement pour VRS et grippe.
- Objectif diagnostic collectif :
 - en période hivernale au sein d'EHPAD, le recours à des TROD multiplex peut avoir un intérêt médical et épidémiologique : surveillance locale, gestion rapide des cas, organisation des clusters, impact sur la réduction des hospitalisations

Examens non recommandés en première intention si prise en charge dans l'EHPAD

- NFS,
- CRP, PCT
- PCR syndromique dont *mycoplasma pneumoniae*
- Hémocultures
- Antigénurie pneumocoque
- Antigénurie légionnelle
- Sérologies : pneumocoque, mycoplasme

Recos 2025:

Le diagnostic de pneumonie repose sur une radiographie pulmonaire

→ A réaliser selon les moyens disponibles



TRAITEMENT DES INFECTIONS RESPIRATOIRES EN EHPAD (REC 2025 REVISITEES)

Pneumonie/Pneumonie d'inhalation/Surinfection de BPCO

Infection NON GRAVE

Diagnostic clinique +/- radiologique

Résident sans pathologie lourde

Amoxicilline

Comorbidités lourdes ou inhalation

Amoxicilline-acide clavulanique

Allergie non grave pénicillines

Ceftriaxone I.V. (S.C si I.V. impossible)

Allergie grave pénicillines:

Levofloxacin

Allergie grave pénicillines et inhalation:

Cotrimoxazole

TRAITEMENT DES INFECTIONS RESPIRATOIRES EN EHPAD (RECO 2025)

INFECTIONS BACTERIENNES GRAVES

SOINS REALISES DANS L'EHPAD

OUI



C3G +/-
rovamycine



NON



AVIS infectiologue réfèrent
pour traitement +/-
hospitalisation

SI TEST ANTIGENIQUE POSITIF

<u>Grippe</u>	<u>Covid-19 avec O2 <3l/min</u>	<u>Covid-19 avec O2 >3l/min</u>
En cas de symptômes précoce <48h Proposer Oseltamivir 5 jours	Nirmatrelvir/r 5 jours	Avis réfèrent infectiologue

Si cas groupés en EHPAD ou contact rapproché avec un cas de grippe, discuter un traitement préventif par Oseltamivir 10jours.
Si besoin avis infectiologue référent

TRAITEMENT : MESURES ASSOCIEES

Mesures importantes

- ➔ arrêt des anticholinergiques
- ➔ arrêt de IPP
- ➔ position allongée 30°
- ➔ verticalisation et mise au fauteuil le plus possible
- ➔ kinésithérapie le plus tôt possible
- ➔ bonne hygiène bucco-dentaire
- ➔ test de déglutition systématique
- ➔ évaluation par nutritionniste si possible



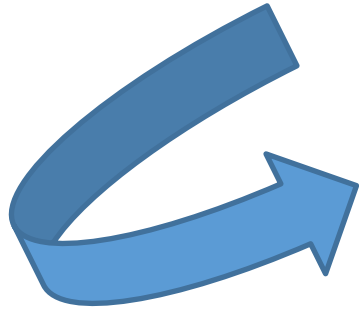


REEVALUATION A 72h

PRIMORDIALE

CRITERES DE STABILITE A 72 h

- température $< 37,8^{\circ}\text{C}$
 - PA > 90 mmHg
 - FC < 100 bpm
 - FR $< 24/\text{mn}$
 - SpO₂ $> 90\%$ en air ambiant
- Apport du personnel paramédical



DUREE DU TRAITEMENT

5 jours si critères de stabilité obtenus à 72 h
↳ Sinon 7 jours

REMARQUES

- **la toux persistante n'est pas un critère de non amélioration**
- pas d'intérêt des biomarqueurs



EN CAS D'ECHEC A 72 h

RECHERCHER UNE COMPLICATION : scanner thoracique



DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE

- antigénurie légionnelle
- ECBC
- virus respiratoires
- hémocultures

MODIFICATION D'ANTIBIOTHERAPIE : AVIS
INFECTIOLOGUE REFERENT



POSOLOGIES (fonction rénale standard et poids normal)

Molécule	Posologie	Voie d'administration	Si voie per os difficile
Amoxicilline*	1g x3/j	IV ou PO	Orodispersible
Ceftriaxone*	1g/j	IM, IV ou SC	/
Piperacilline-tazobactam*	4g x 3/j	IV	/
Cotrimoxazole*	800/160mg 1 cp x3/j	PO	Suspension buvable
Levofloxaciné*, **	500mg/j	IV ou PO	/
Spiramycine	3MUI x3/j	IV	/
Oseltamivir* curatif (Tamiflu)	75mg x2/j 5 jours	PO	Gélule pouvant s'ouvrir
Oseltamivir* préventif (Tamiflu)	75 mg/j 10 jours	PO	Gélule pouvant s'ouvrir
Nirmatrelvir/ritonavir* (Paxlovid)	300mg/100mg (2 comprimés roses et 1 comprimé blanc) x2/j	PO	/

*traitement à ajuster à la fonction rénale; ** réservé à des allergies graves aux pénicillines

LES ACTUS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

SEPTEMBRE 2025



LES PUBLICATIONS CPIAS / CRATB

pour une approche transversale au profit de la
prévention & de la maîtrise du risque infectieux.

ACTU 2 : LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES EN EHPAD

A retrouver sur nos sites internet



LES ACTUS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

01 PRÉVENIR

- Connaître son environnement
- Connaître les principaux pathogènes
- Promouvoir l'hygiène respiratoire
- Mettre à jour les vaccinations des résidents
- Sensibiliser les professionnels à la veille, le repérage et l'alerte

LES ACTUS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

02 GÉRER

- Diagnostiquer
- Traiter
- Mettre en place/ajuster les mesures barrières
- Signaler