



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.

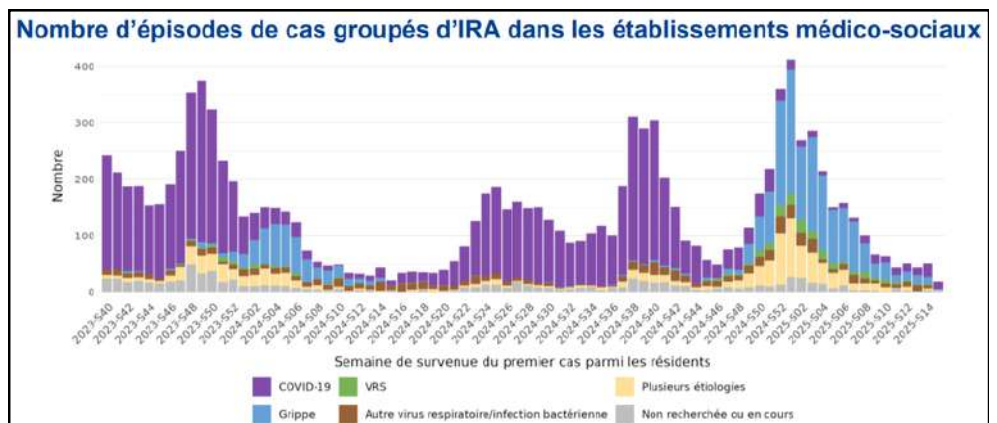
ACTU 2 : LES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES EN EHPAD

INTRODUCTION

Les infections respiratoires aigües sont un fardeau pour les collectivités de personnes âgées.

Chaque année, des virus (grippe, Covid, VRS ...) et des bactéries (pneumocoque, coqueluche ...) peuvent toucher les EHPAD avec une morbi-mortalité non négligeable. Ces événements sont susceptibles d'entraîner une désorganisation des services lors d'épisodes épidémiques.

L'objectif est de réunir les éléments structurants pour optimiser leur prévention et leur gestion en sécurisant les organisations et les pratiques.



1- CONNAITRE SON ENVIRONNEMENT

Les déterminants du risque infectieux en EHPAD sont :

- multiples,
- plurifactoriels
- cumulatifs.

Ils sont importants à connaître pour identifier les leviers à mobiliser pour sécuriser les organisations et optimiser la prévention/gestion de tout évènement infectieux dont les infections respiratoires aiguës (IRA).

La prévention repose sur un corpus d'étapes :

1. Connaître son environnement
2. Connaître les principaux pathogènes en cause dans les IRA
3. Promouvoir l'hygiène respiratoire
4. Mettre à jour les vaccinations des résidents
5. Sensibiliser les professionnels à la veille, repérage et alerte

Les points forts :



- Un médecin coordinateur et/ou prescripteur présent :
 - Contribue à la qualité de prise en charge des résidents
 - Coordonne les actions et les soins entre les différents professionnels intervenant dans l'EHPAD
 - Remarque : 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.
- Un résident connu et suivi :
 - Antécédents & comorbidités documentés
 - Habitudes de vie
- Des lanceurs d'alerte :
 - Le résident lui-même
 - L'entourage du résident
 - L'ensemble du personnel paramédical (aides-soignants, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes...) et autres agents (agent de service hospitalier ...).
- Un dossier médical documenté, accessible & partagé :
 - Ordonnances tracées
 - Statut vaccinal (**MAJ des vaccinations obligatoires et/ou recommandées (dTPca, pneumocoque, Covid, grippe, VRS) à l'admission en EHPAD**) **MUST DO!**
 - Directives anticipées, personne de confiance, personne à prévenir
- Une organisation de l'établissement et des outils (ex : plan local de maîtrise d'une épidémie, annexe au plan bleu)

Les fragilités :



- L'environnement :
 - Lieu de vie des résidents
 - Vie en communauté
 - Architecture des locaux (chambre double, salle commune ...)
 - Accès aux examens paracliniques souvent difficile (disponibilité des tests de diagnostics rapides (TDR) rare, transport compliqué, rdv tardif, biologie délocalisée...)
- Les résidents :
 - Population fragile (âge, comorbidités ...)
 - Confusion, déambulation
- Les intervenants :
 - Multiples intervenants (professionnels de l'établissement et/ou intervenants extérieurs)
 - Disponibilité de médecins et de professionnels paramédicaux non optimale :
 - Augmentation du délai de diagnostic et de prise en charge
 - Augmentation du nombre de transports aux urgences
 - Augmentation du nombre d'hospitalisations
 - Diminution de la qualité du suivi
 - Diminution de possibilité de réévaluation

2- CONNAITRE LES PRINCIPAUX PATHOGÈNES (VIRUS & BACTÉRIE) EN CAUSE DANS LES IRA

GRIPPE

Les essentiels pour gérer le risque de manière optimale :

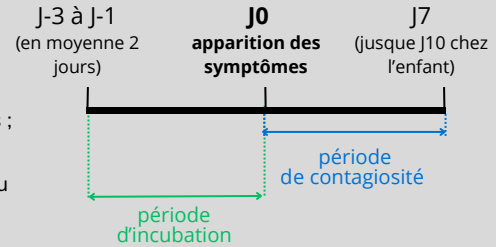
Virus à transmission respiratoire

Incubation & période de contagiosité →

Personnes à risque de forme grave :

- les personnes âgées de 65 ans et plus
- les personnes (adultes et enfants) atteintes de certaines maladies chroniques ;
- les femmes enceintes
- les personnes obèses avec un indice de masse corporelle ≥ 40 Kg/m²
- les personnes séjournant dans un établissement de santé de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge

Maladie à prévention vaccinale



COVID-19

Les essentiels pour gérer le risque de manière optimale :

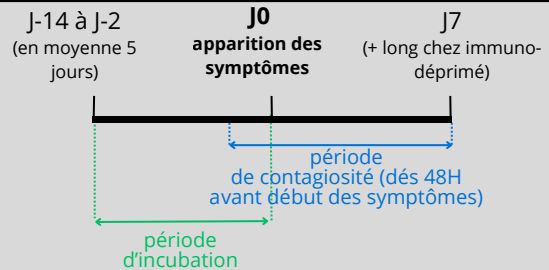
Virus à transmission respiratoire

Incubation & période de contagiosité →

Personnes à risque de forme grave :

- Rôle majeur et prépondérant de l'âge dans la survenue de décès et de formes graves liés à la Covid-19
- L'absence de vaccination est un facteur majeur d'évolution vers une forme grave

Maladie à prévention vaccinale



VRS

Les essentiels pour gérer le risque de manière optimale :

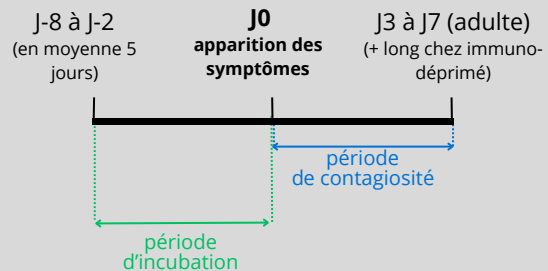
Virus à transmission respiratoire

Incubation & période de contagiosité →

Personnes à risque de forme grave :

- les personnes âgées, porteurs de BPCO, asthme ou insuffisance cardiaque ou cardio-respiratoire
- les personnes immunodéprimées

Maladie à prévention vaccinale



PNEUMOCOQUE

Les essentiels pour gérer le risque de manière optimale :

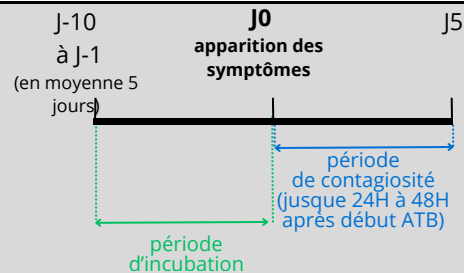
Bactérie à transmission respiratoire

Incubation & période de contagiosité →

Personnes à risque de forme grave :

- les personnes immunodéprimées
- les personnes non immunodéprimées mais avec comorbidités

Maladie à prévention vaccinale



COQUELUCHE

Les essentiels pour gérer le risque de manière optimale :

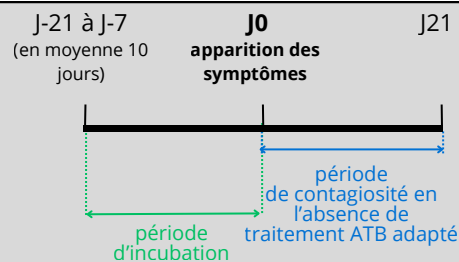
Bactérie à transmission respiratoire

Incubation & période de contagiosité →

Personnes à risque de forme grave :

- patient immunodéprimé
- nourrisson de moins de 6 mois
- nourrisson de 6 à 11 mois avec moins de 2 doses ou dont la dernière est inférieure à 2 semaines
- femme enceinte non vaccinée (risque pour le bébé)

Maladie à prévention vaccinale



Point de vigilance : rien ne ressemble plus à une grippe, qu'un COVID La présentation clinique des IRA est souvent assez proche. Ce qui peut guider dans la démarche diagnostique :

Renforcer la vigilance pendant la période de circulation des virus hivernaux :



- Saison :
 - grippe & VRS : c'est plutôt l'hiver
 - COVID : circule tout le temps
- Notion de contagé
- Situation épidémiologique locale → ce qui circule en ville peut circuler dans l'EHPAD à proximité
- Statut vaccinal du résident
- Lien temporel entre infection virale (grippe, Covid, VRS, rhinovirus) et infection à pneumocoque. 3

3- PROMOUVOIR L'HYGIÈNE RESPIRATOIRE



HYGIÈNE RESPIRATOIRE

LES BONS RÉFLEXES POUR PROTÉGER LES AUTRES ET ÉVITER DE LEUR TRANSMETTRE DES MICRO-ORGANISMES QUAND ON TOUSSE, ÉTERNUE OU CRACHE, QU'ON SOIT OU NON FÉBRILE.

1 EVITER DE CONTAMINER L'ENVIRONNEMENT

Tousser dans son coude pour limiter la mise en suspension des postillons.



Se moucher dans un mouchoir en papier.

Éliminer le mouchoir après utilisation.

Se désinfecter les mains avec un produit hydroalcoolique, à défaut, se laver les mains à l'eau et au savon.



2 ÉVITER DE CONTAMINER LES AUTRES

Éviter les contacts rapprochés pour ne pas exposer les autres à vos microbes.

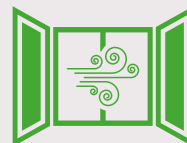


Protéger l'interaction si elle ne peut pas être évitée !



3 AÉRER

Aérer pour diluer les polluants, ici les microbes.



Minimum 10 minutes, 2 à 3 fois par jour.

4 COMMUNIQUER



Informer le médecin si les symptômes persistent.

5 AVOIR LES MAINS PROPRES

Friction hydroalcoolique (gold standard) idéalement, à défaut, lavage des mains à l'eau et au savon plusieurs fois par jour.

4- METTRE À JOUR LES VACCINATIONS DES RÉSIDENTS

La plupart de ces agents pathogènes responsables d'IRA sont accessibles à une prévention vaccinale.



VACCINATION:
RÉSIDENT EN EHPAD,
LA VACCINATION VOUS PROTÈGE

**Parcours vaccinal
centré sur les maladies
infectieuses
respiratoires :**

Rappel dTcPa à refaire si
la dernière dose vaccinale
date de plus de 10 ans

Vaccination contre le
pneumocoque : une
dose unique à prévoir

Une dose de vaccin
contre la grippe
saisonnière à l'automne

Une dose de vaccin VRS à la
saison automno-hivernale*
(non remboursé par SS)

Une dose de vaccin
Covid à l'automne
et au printemps

*Pas de recommandations actuelles pour un rappel annuel

Vaccination : êtes-vous à jour ? 2025
calendrier simplifié
des vaccinations
65 ans et plus

	65 ans	75 ans	85 ans	95 ans et +
DTP-Capreluche	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		



SCAN ME

Maladie à prévention vaccinale	Vaccins	Indications	Administration & précautions d'emploi	Remarques
GRIPPE	Vaccins inactivés à dose standard		Vaccination recommandée chaque année, à l'automne	La HAS positionne EFLUELDA® & FLUAD® comme équivalents car aucune comparaison directement concluante n'a établi la supériorité de l'un sur l'autre en terme d'efficacité vaccinale relative
	Vaccin inactivé hautement dosé (EFLUELDA® laboratoire Sanofi)	≥ 60 ans		
	Vaccin inactivé adjuvanté (FLUAD® laboratoire Seqirus)	≥ 50 ans		
COVID-19	Vaccins à ARN messenger (ARNm) adaptés au dernier variant en circulation	> 6 mois à respecter entre la dernière dose de vaccin ou la dernière infection - Délai réduit à 3 mois chez les > 80 ans ou plus, les personnes immunodéprimées et les personnes à très haut risque	Vaccination recommandée chaque année, à l'automne, +/- dose supplémentaire au printemps chez les résidents > 80 ans ou plus, les personnes immunodéprimées et les personnes à très haut risque	
Infection à VRS	2 vaccins protéiques : - Vaccin bivalent (VRS A et B) recombinant non adjuvanté : Abrysvo, laboratoire Pfizer - Vaccin monovalent (VRS A) recombinant adjuvanté : Arexvy, laboratoire GSK 1 vaccin à ARN messenger codant la protéine virale (autorisé dans l'union européenne depuis le 22 août 2024) : mRESVIA, laboratoire Moderna	- Personnes ≥ 75 ans, ou ≥ 65 ans et plus présentant une maladie respiratoire chronique pouvant s'aggraver en cas d'infection à VRS (particulièrement la BPCO) ou cardiaque (particulièrement l'insuffisance cardiaque) : Abrysvo & Arexvy - Immunisation active en prévention de la maladie des voies respiratoires inférieures (MVRI) due au VRS chez les adultes de 60 ans et plus : mRESVIA	Vaccination saisonnière (entre septembre et janvier) contre le VRS : 1 seule dose. A ce jour, la nécessité d'une dose de rappel n'est pas établie. Les 3 vaccins peuvent être administrés en même temps qu'un vaccin contre la grippe saisonnière ou un vaccin contre la Covid-19. Intervalle minimum de 2 semaines recommandé entre l'administration d'Abrysvo et l'administration d'un dTcPa.	Vaccins non encore remboursés dans cette indication.
Infection invasive à pneumocoque	PREVENAR 20 (VPC20)	≥ 65 ans	> 1 an si ATCD de vaccination antérieure par VPC13 ou VPP23 > 5 ans si ATCD de vaccination antérieure par VPC13 et VPP23 1 injection en l'absence d'ATCD de vaccination par VPC13 et/ou VPP23	Evolution de la stratégie avec la mise sur le marché du vaccin conjugué 20 valences VPC20
Coqueluche	les rappels de vaccination dTP pour les adultes devront être effectués avec des vaccins dTcPa	≥ 65 ans	Tous les 10 ans	Arrêt de commercialisation du vaccin dTP (REVAXIS®)

5- SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS À LA VEILLE, LE REPÉRAGE ET L'ALERTE



Rôle capital du personnel paramédical !

Rappeler que la population institutionnalisée est particulièrement à risque :

- **Population de plus de 70 ans :**
Risque multiplié par 50 des pneumopathies aiguës communautaire par rapport à la tranche d'âge 15/19 ans
- **En EHPAD :**
 - Risque X 3 des pneumopathies toutes étiologies confondues
 - Risque X 5 pour grippe, pneumonie à pneumocoque
 - Risque X10 pour rhinovirus
 - Risque X 30 d'infections respiratoires par rapport à la population générale
 - Pneumopathies : 1ère cause d'hospitalisation et de décès d'origine infectieuse
 - Pneumopathies d'inhalation : 20 à 30% des pneumopathies aiguës



Rappeler la présence de facteurs favorisants et/ou aggravants :

- Vaccinations non à jour (grippe, covid, VRS, pneumocoque, coqueluche)
- Insuffisance respiratoire, BPCO, cancer...
- Immunodépression
- Trouble de la déglutition, reflux gastro-œsophagien (RGO)
- Insuffisance cardiaque, maladies thrombo-emboliques
- Insuffisances rénale, hépatique
- Dénutrition, intoxication OH
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- Altération cognitive, confusion, syndrome de glissement
- Iatrogénie (hypnotiques...)
- Hospitalisation dans les 6 mois
- Antibiothérapie dans le mois précédent

LES INDISPENSABLES POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES IRA EN EHPAD, C'EST SAVOIR :



Rappeler que la veille au quotidien est importante (moments de la toilette, repas, ... propices aux échanges avec les résidents) pour repérer une infection dont une IRA car la présentation clinique des maladies est souvent atypique chez la personne âgée :

- Douleur thoracique : variable ou absente
- Fièvre modérée ou absente (30% des cas)
- Toux absente (30% des cas)
- Expectoration, dyspnée (absente jusqu'à 50% des cas)
- Signes extra-respiratoires prédominants :
 - Trouble de la vigilance
 - Insuffisance cardiaque
 - Trouble de la déglutition
 - RGO, vomissements
 - Douleur abdominale
- Symptômes gériatriques aspécifiques :
 - Perte d'autonomie
 - Chute
 - Confusion



Tout **changement récent** de l'état de base d'un résident (rôle capital du personnel paramédical en terme de repérage) doit conduire à alerter (prise de contact sans délai) un médecin (médecin coordinateur, médecin traitant, urgentiste...) pour avis.

Cette stratégie (veille, repérage et alerte) permet :

- de ne pas perdre de temps dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique,
- de rechercher des signes de gravité,
- d'assurer une prise en charge adaptée.

1- DIAGNOSTIQUER

Les causes d'infections respiratoires aiguës sont multiples.

Si la part des épisodes associés à une origine bactérienne est importante, les virus respiratoires sont la cause majoritaire des syndromes respiratoires aigus de gravité variable avec un caractère saisonnier automno-hivernal prédominant pour certains.

La gestion associe un corpus de mesures :

1. Diagnostiquer (examiner, documenter)
2. Traiter
3. Ajuster les mesures barrières
4. Surveiller
5. Signaler

1-1 Examiner

1- Interrogatoire (résident, entourage, dossier médical) :

- Recherche des antécédents personnels et familiaux
- Recherche des facteurs favorisants ou aggravants
- Recherche de contages possibles
- Recherche des traitements de base (iatrogénie)
- Statut vaccinal

2- Recherche de signes généraux :

- Température
- Anorexie, perte de poids
- Asthénie
- Trouble de la vigilance
- Trouble de la déglutition

3- Recherche de signes fonctionnels :

- Toux
 - Récente
 - Sèche ? Grasse ? Quinteuse ?
 - Positionnelle ?
- Douleur thoracique
 - Récente ?
 - Aigüe, chronique ?
 - Irradiations (abdominale) ?
- Expectoration
 - Apparition ou modification ?
 - Couleur, aspect, odeur... (attention : un aspect purulent ne veut pas toujours dire infection)
- Dyspnée
 - Apparition ou modification récente
 - Brutale ou progressive ?
 - Permanente ? A l'effort ?
 - Aspiratoire ? Expiratoire ?
 - Tirage ? Balancement thoraco-abdominal ?

4- Examen du thorax :

- Inspection
 - Forme
 - Mobilité
 - Type de respiration
- Palpation
 - Vibration vocale diminuée ou augmentée
- Percussion
 - Matité ?
 - Tympanisme ?
- Auscultation
 - Râles bronchiques : bronchite ?
 - Râles crépitants : condensation pulmonaire ?
 - Localisation du foyer (oriente l'étiologie)
 - Souffle tubaire, pleural ?



►► Toujours compléter par un examen extra-pulmonaire : cardiaque, cutané (cyanose), ORL (réflexe nauséeux, trouble de la déglutition), neurologique, abdominal... et l'analyse des traitements habituels du patient (IEC, hypnotique...).

►► L'examen clinique minutieux permet d'éliminer les diagnostics différentiels : maladie thrombo-embolique, insuffisance cardiaque, origine non pulmonaire des symptômes, problème iatrogène et de suspecter l'existence de maladies sous-jacentes (cancer).

►► **Bien conduit, l'examen clinique permet 90 à 95% des diagnostics sans recours à des examens complémentaires.**

Savoir repérer les signes de gravité :

- Conscience altérée
- PAS < 90 mmHg
- FC > 120 /min
- FR > 30 /min
- Fièvre < 35°C ou > 40°C
- Saturation O2 < 90% (ou baisse de la saturation de base)
- Marbrures
- Tirage
- Parole impossible
- Confusion
- Douleur thoracique



Approche syndromique

Conformément à l'avis du HCSP sur la prévention des infections respiratoires virales du 31 août 2023, il convient désormais de raisonner de manière dite «syndromique» devant des manifestations cliniques susceptibles d'évoquer une infection respiratoire aiguë d'origine virale.

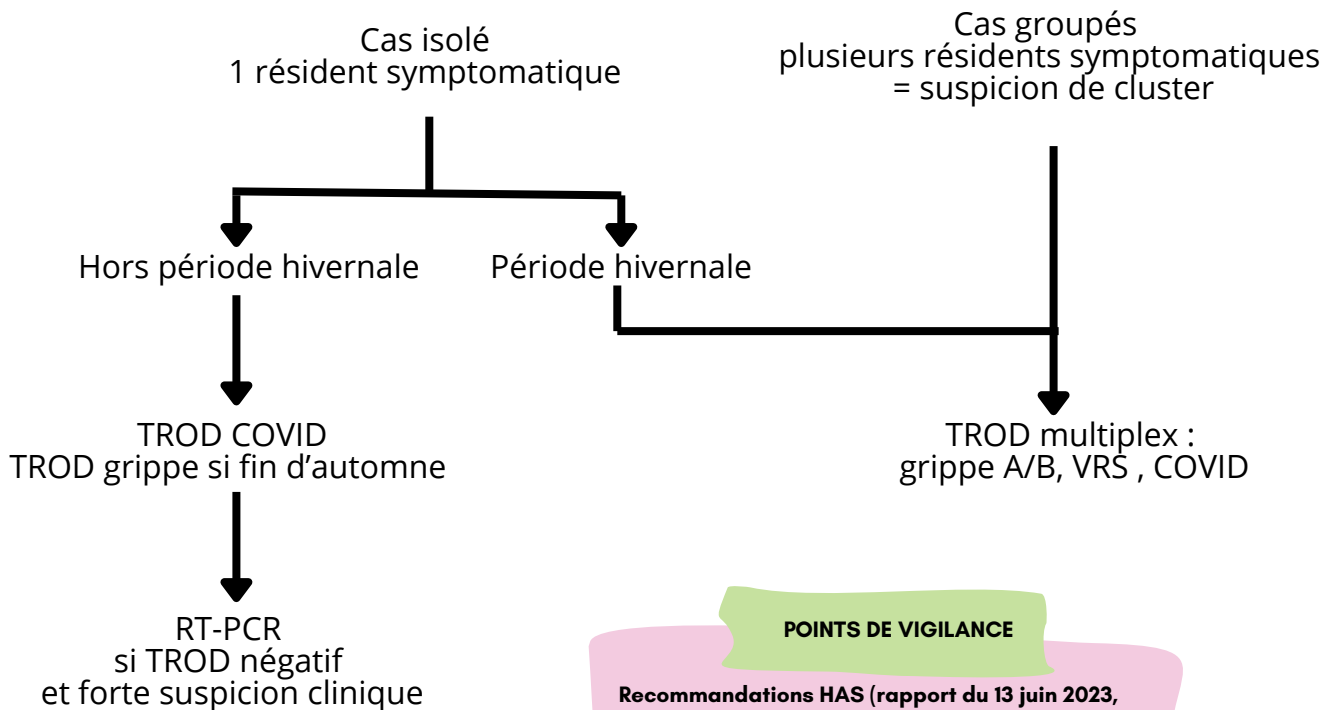
1-2 Orientations diagnostiques des infections respiratoires les plus fréquentes en EHPAD

Type d'infection	Agents infectieux	Caractères particuliers	Tableau clinique
Bronchite	Virus +++ (VRS) <i>Bordetella pertussis</i> , <i>parapertussis</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	· Fréquence +++ · Caractère saisonnier (hivernal) · Epidémie · Contage +++ · Etat vaccinal	· Auscultation normale ou ronchi · Syndrome viral (fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies) · Toux sèche, douloureuse, rétro-sternale · Pharyngite, conjonctivite bilatérale
Broncho pneumonie	Virus +++ Covid - grippe - VRS	· Fréquence +++ · Caractère saisonnier (hivernal) · Epidémie · Contage +++ · Etat vaccinal	· Auscultation normale ou ronchi · Syndrome viral (fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies) · Toux sèche, douloureuse, rétro-sternale · Pharyngite, conjonctivite bilatérale · Foyer crépitants et ronchi
Pneumopathie aigüe communautaire	Origine bactérienne présumée Pneumocoque > 50% Haemophilus <i>Staphylococcus aureus</i> BGN (<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Moraxella</i>) Légionellose Anaérobies < 5% Co-infection virale positive Origine méconnue : 50%	· 65 ans · Tabac/alcool · Comorbidités · Immunodépression · Pic hivernal = surinfection de virose · Statut vaccinal · Exposition (Aérosol, voyage ? climatisation ?) pour la légionellose	· 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) · Dyspnée importante · Herpès souvent associé · Crise polyurique 10ème jour (non modifiée par le traitement)
Pneumopathie d'inhalation	Souvent polymicrobiennes Pneumocoque ++ Haemophilus ++ <i>Staphylococcus aureus</i> BGN Anaérobies < 5% <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Origine méconnue : 30%	· 20 à 30% des pneumonies en EHPAD (avis médecin coordinateur) associée à des facteurs de risque · Troubles de conscience · Trouble de déglutition · Diminution réflexe nauséeux · Diminution réflexe de toux · Mauvaise hygiène bucco-dentaire	Tableau de pneumopathie aiguë (fièvre, douleur, expectoration, dyspnée) avec foyer souvent droit et mise en évidence de troubles de la déglutition ou d'autres facteurs de risque.
Surinfection BPCO	Souvent polymicrobiennes Pneumocoque ++ Haemophilus ++ <i>Staphylococcus aureus</i> BGN Anaérobies < 5% Sur-risque d'infection à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Origine méconnue : 30%	· Intoxication tabagique · Intoxication professionnelle · Co-addictions	· BPCO sévère avec majoration dyspnée, toux, volume d'expectoration et aspect purulent avec diminution du VEMS · Fièvre inconstante
Complication de maladies pulmonaires sous-jacentes (cancer, DDB...)	Souvent polymicrobiennes Pneumocoque ++ Haemophilus ++ <i>Staphylococcus aureus</i> BGN Anaérobies < 5% Sur-risque d'infection à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Origine méconnue : 30%	· Antécédents · Comorbidités · Infections récidivantes dans le même territoire	· Tableau +/- aigu · Dépend du degré d'obstruction bronchique

1-3 Documenter



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

- Recommandations 2025 :
Le diagnostic de pneumonie repose sur une radiographie pulmonaire à réaliser selon les moyens disponibles.



2- TRAITER

Bronchite/Bronchopneumopathie

Pas d'antibiothérapie

Pneumonie/Pneumonie d'inhalation/Surinfection de BPCO

Infection NON GRAVE

Diagnostic clinique +/- radiologique

Infection GRAVE

(Cf tableau gravité)

Résident sans pathologie lourde
Amoxicilline

Comorbidités lourdes ou inhalation
Amoxicilline-acide clavulanique

Soins maximum réalisés dans l'EHPAD?

Oui

Non

Allergie non grave pénicillines
Ceftriaxone I.V. (S.C si I.V. impossible)

C3G
+ Rovamycine

Avis infectiologue
réfèrent pour traitement
+/- hospitalisation

Allergie grave pénicillines:
Levofloxacine

Allergie grave pénicillines et
inhalation: Cotrimoxazole

Si test antigénique positif

Grippe

Covid-19 avec O2 <3l/min

Covid-19 avec O2 >3l/min

En cas de symptômes précoce <48h
Proposer Oseltamivir 5 jours

Nirmatrelvir/r 5 jours

Avis réfèrent infectiologue

Remarque : lors d'un cas groupés de grippe en EHPAD, traitement préventif par Oseltamivir des contacts à risque de forme grave. Si besoin, solliciter avis réfèrent infectiologue.

Mesures associées :

- Arrêt des anticholinergiques
- Arrêt des IPP
- Position allongée 30°
- Verticalisation et mise au fauteuil le plus possible
- Kinésithérapie le plus tôt possible
- Hygiène bucco-dentaire
- Test de déglutition systématique
- Evaluation par nutritionniste si possible

Pas d'intérêt :

- De la corticothérapie
- De la scopolamine en patch ou aérosol

Durée de traitement :

- 5 jours si critères de stabilité obtenu à 72h

Critères de stabilité à 72 heures :

- Température < 37,8°C
- Pression artérielle systolique > 90mmHg
- Fréquence cardiaque ≤ 100bpm
- Fréquence respiratoire ≤ 24/min
- SpO2 ≥ 90% en air ambiant

Remarques :

- La persistance de la toux n'est pas un critère de non amélioration.
- Pas d'intérêt des biomarqueurs.



En cas d'échec à 72h

1) Rechercher une complication

Scanner thoracique

2) Diagnostic microbiologique

- Antigénurie légionnelle
- ECBC
- Virus respiratoires
- Hémo cultures

3) Modification antibiothérapie

Avis infectiologue réfèrent

Posologies pour 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 x3/j	IV	/
Cotrimoxazole*	800/160mg 1 cp x3/j	PO	Suspension buvable
Levofloxacine*, **	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



3- METTRE EN PLACE/AJUSTER LES MESURES BARRIÈRES



MESURES BARRIÈRES LES ÉLÉMENTS POUR PRÉVENIR LA TRANSMISSION CROISÉE.

Les précautions complémentaires respiratoires réunissent un corpus de mesures barrières qui viennent en complément des précautions standard pour casser une chaîne de transmission de manière à limiter la transmission croisée entre les personnes et limiter l'impact sanitaire.

Elles sont appliquées aux personnes malades et contagieuses dès la suspicion de l'infection.

Elles sont guidées et ajustées :

- au mode de transmission du pathogène,
- à la durée de contagiosité.

Leur mise en place et leur levée sont sur prescription médicale.

Les mesures sont ajustées à la singularité de chaque établissement et des résidents.



**Attention,
on isole le
pathogène,
pas le
résident !**

Mesures barrières :

- limiter les interactions sociales
- porter les bons EPI, correctement et au bon moment
- renforcer l'hygiène des mains
- aérer régulièrement la chambre (10 minutes X 3/jour)
- informer famille, professionnels de la structure et intervenants extérieurs
- limiter les visites idéalement ou informer et protéger les visiteurs

SF2H, 2024.
**Guide de prévention de la
transmission par voie respiratoire**



SCAN ME

4- SIGNALER



SIGNALEMENT DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES

1 A quoi sert le signalement ?

C'est un dispositif d'alerte qui permet de détecter rapidement des événements infectieux sentinelles (rares, inhabituels et/ou sévères) qui appellent une réponse spécifique avec des mesures correctives visant à améliorer le niveau de sécurité sanitaire.

2 Qui sont les acteurs du signalement ?

Toute personne (professionnel et/ou résident et/ou sa famille) participe à la vie du signalement dans l'établissement.

3 Signaler, c'est quoi ?

C'est être en capacité de repérer quelque chose d'anormal et de partager l'information (=le signal) avec les professionnels qui vont l'analyser et apporter une réponse pour adapter la prise en charge du résident et mettre en place les mesures pour protéger les autres résidents, les professionnels et *in fine* la collectivité.

Cela nécessite :

- un circuit du signalement organisé et connu de tous professionnels, résidents, famille
- une vigilance au quotidien pour permettre de repérer et d'alerter les personnes ressources identifiées dans l'établissement.

4 Signaler, comment ?

Tout événement infectieux doit être porté à la connaissance de l'infirmier(ère), médecin par tout moyen (mail, téléphone ...) selon le circuit du signalement défini par l'établissement.

5 Et parfois, le signalement sort de l'établissement

En présence d'un cas groupés d'IRA (3 cas en 4 jours), alors un signalement aux autorités sanitaires est attendu, via le portail du signalement :

https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil





Remerciement aux médecins coordinateurs ayant participé à la rédaction du document :
Dr Jean-Christophe ALIXANT, Dr Philippe HOURDAIN, Dr Anne-Laure SIMONNET, Dr Claude PLASSARD et Dr François MORELON.



NOUS CONTACTER

CRA**tb** BFC



03 80 48 72 61



centre.antibiotherapie.bfc@chu-dijon.fr



CPi**as** BFC



03 80 29 30 25

03 81 66 85 57



cpias-bfc@chu-dijon.fr

cpias-bfc@chu-besancon.fr

