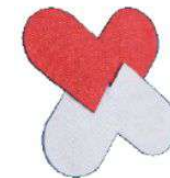




CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Antibiothérapie injectable à domicile : Optimisons ensemble les pratiques !

16/06/2026 - 12h30 à 14h

Webinaire du Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne – Franche-Comté



Programme du Webinaire

- I. Antibiothérapie I.V. à domicile - Situations cliniques - *Dr. Thibault Sixt*
- II. Antibiothérapie injectable en sortie d'hospitalisation - *Dr Pierre Bugnon*
- III. Le rôle du pharmacien hospitalier et d'officine - *Dr Charles Bordes et Dr Quentin Roset*
- IV. Le rôle de l'infirmier - *Quentin Mathe - Stella Ascone*
- V. Prévention des infections liées au cathéter - *CPIAS*
- VI. Suivi de l'antibiothérapie I.V. à domicile - *Dr Pierre Bugnon*
- VII. Outils pratiques et conclusions - *Dr Béatrice Rosolen*



CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Antibiothérapie I.V. à domicile

Situations cliniques

Webinaire du Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne – Franche-Comté

Dr Thibault SIXT

Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne Franche Comté

le 16/06/26

Rentrer chez soi avec une perfusion. Simple en apparence. Complexe en pratique.

Deux patients. Trois situations.

Une seule certitude : personne ne peut répondre seul.

Vignette 1

M. R. Kolonne, 67 ans Spondylodiscite à *S. aureus* méti-sensible, souhaite rentrer à la maison

Antécédents:

- Diabète de type 2,
- HTA

Traitement en cours :

- **cloxacilline 12g/24h IVSE sur VVP**

Apyrétique à J5, CRP en baisse

Pas d'endocardite, pas de bactériémie persistante

Pas de trouble digestif, prise orale possible

Autonome, entourage présent, domicile adapté

Votre interne vous propose de modifier pour de la céfazoline avant la sortie.

"C'est plus facile à domicile."

Que proposez vous pour le retour à domicile de ce patient?

- A. Modification pour céfazoline IVSE
- B. Maintien cloxacilline IVSE avec pose d'un PICC-line pour la sortie
- C. Relais oral par cloxacilline per os à domicile
- D. Relais oral par lévofloxacine + rifampicine

"La céfazoline c'est plus simple à domicile"

Nécessite une HAD -->comme la cloxacilline

Stabilité identique aucun avantage logistique

Toxicité différente

- risque de baisse du TP à surveiller

Non-infériorité démontrée dans les bactériémies à staphylocoque doré méti S

- pas dans les IOA (essai CLoCeBa — Lescure *et al*, Lancet, 2026)

Cloxacilline per os



Absorption orale saturable et insuffisante

Concentrations osseuses non atteintes

Les molécules ci-dessous ne peuvent être utilisées pour un relais oral après une administration intraveineuse.
La fosfomycine peut cependant être prescrite PO d'emblée dans certaines infections urinaires.

Antibiotique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV -Voie orale	Commentaires
Cloxacilline gél	70%	Il n'y a pas d'équivalence IV/PO directe.	La forme orale de Cloxacilline ne doit pas être utilisée en alternative à la voie IV (risque d'échec thérapeutique car sous-dosage) : Lien vers le site de l'ANSM
Fosfomycine/trométamol	33 à 53%	Il n'y a pas d'équivalence IV/PO directe.	La forme orale de Fosfomycine est réservée au traitement de certaines infections urinaires et ne doit pas être utilisée en alternative à la voie IV (risque de sous-dosage).



Relais oral avec la bonne molécule

Possible dès J1 si :

- Pas de bactériémie à *S. aureus* persistante
- Pas d'endocardite
- Prise orale possible



Pathologie	Condition pour envisager le relais oral	Délaï pour discuter un relais per os*
Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée	Uniquement sur avis spécialisé du référent en antibiothérapie	A partir du 7 ^{ième} jour
Bactériémie sans porte d'entrée identifiée		Pas de recommandation disponible
Bactériémie liée au cathéter		Pas de recommandation disponible
Endocardites		A partir du 10 ^{ième} jour en cas d'ETO récente sans critères de chirurgie et au moins 7 jours post opératoires en cas de remplacement valvulaire
Infection de prothèse vasculaire		A partir du 10 ^{ième} jour
Abcès cérébral		Pas de recommandation disponible
Arthrite septique		Dès que les hémocultures sont stériles et si évolution clinique favorable Si arthrite à CG +** : après exclusion systématique d'une endocardite (même si hémocultures négatives)
Infection de prothèse de hanche et de genou		A partir du 5 ^{ième} jour A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie associée et en l'absence d'endocardite pour les CG+**
Spondylodiscite		A partir du 1 ^{er} jour en l'absence d'une bactériémie et/ou endocardite A partir du 7 ^{ième} jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée en l'absence d'endocardite
Méningite à <i>Listéria</i> , <i>Méningocoque</i> , <i>Pneumocoque</i>		Jamais de traitement oral

* Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILF

<https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

** CG+ = Cocci Gram positif fait référence dans les recommandations à :
Staphylococcus spp, *Streptococcus* spp ou *Enterococcus* spp



Message clé

L'IV à domicile engage toute une organisation.

Avant de choisir comment administrer , il faut plutôt se demander si la voie I.V. est nécessaire.

Vignette 2

M. René Prosta, 64 ans

Prostatite aiguë fébrile

Antécédents:

- IRC modérée, DFG 45 ml/min
- Poids 100 kg
- Épisode de prostatite traité par fluoroquinolone il y a moins d'un mois

Mode de vie:

- Vit seul en zone semi-rurale

Au domicile:

- Fièvre 38,8°C, frissons, SFU depuis 48h

Aux urgences:

- Pas de sepsis, pas de signe de gravité
- CRP 180, PNN 14 000
- ECBU en cours

Ce qu'on a décidé à la sortie des urgences :

- Ceftriaxone IV une injection directe 1 fois par jour
- VVP
- IDE libéral

48 heures plus tard vous recevez l'antibiogramme:

Germe isolé E.coli > 10⁵ UFC/mL
Leucocyturie > 10⁴/mL

Antibiotiques	Sensibilités
Amoxicilline	R
Amoxicilline- Acide clavulanique	R
Piperacilline Tazobactam	R
Temocilline	S
Cefotaxime	R
Cefepime	R
Imipénème	S
Ertapénème	S
Gentamicine	R
Amikacine	S
Ciprofloxacine	R
Cotrimoxazole	R
Fosfomycine	S



Quelle(s) modification antibiotique proposez vous?

- A. Ertapénème IV, une injection directe 1 fois par jour via IDE liberal
- B. Amikacine IV, une injection directe 1 fois par jour via IDE liberal
- C. Témocilline IV en perfusion continue en diffuseur portable via HAD
- D. Méropénème IV en diffuseur portable 24h/24 via prestataire

Ertapénème: actif mais pas recommandé en 1ère intention

- Actif sur la souche
- 1 injection par jour
- Organisable en ville
- Disponible en rétrocession

2ème intention selon SPILF 2026

☐ Impact écologique majeur

Recommandations SPILF 2026, traitement prostatite



- **Antibiothérapie des prostatites documentées à EB-BLSE**
 - Traitement par voie orale possible: par ordre préférentiel : **SXT, ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine**
 - Traitement par voie orale impossible (uropathogène résistant ou contre-indication):
 - 1ère intention: traitement par ordre alphabétique : céfoxitine (seulement si E. coli), témocilline, pipéracilline/tazobactam**
 - 2ème intention: ertapénème ou imipénème ou méropénème**



Diapo Dr Lafaurie, Infections urinaires masculines Recommandations SPILF 2026

Amikacine : efficace sur le papier, complexe en pratique

Active sur la souche

Concentration-dépendante → 1 injection par jour

Disponible en officine de ville

IRC modérée : DFG 45 ml/min

Poids 100 kg → Calcul sur poids ajusté : outil ABxBMI

Le suivi thérapeutique pharmacologique est obligatoire

Chez M. René Prosta :

- **Vit seul**
- **Zone semi-rurale** → Laboratoire sans dosage d'aminosides en urgence → Résultat sous 24 à 48h

Votre patient

Sexe

Homme ▼

Poids (en KG)

Taille (en cm)

Votre prescription

Antibiotiques

À titre indicatif, la(les) équivalence(s) de Dose(s) usuelle(s) quotidienne(s) standard pour la DCI sélectionnée et pour un(e) patient(e) de BMI normal est (sont) :

Renseignez ici la dose quotidienne que vous auriez prescrit pour un(e) patient(e) de BMI normal :

 en mg/kg/j en mg/kg/dose

Recommandation en fonction du BMI de votre patient(e)

Téléchargez nos applications mobiles

Disponible sur :



Découvrir les versions d'Antibiogarde :



Méropénème en diffuseur portable

Tableau 3 Modalités d'administration en perfusion prolongée ou continue en milieu hospitalier, pour les principaux antibiotiques.

Molécule	Solvant	Concentration maximale	Mode de perfusion	Dose prescrite journalière	Dispositif	Dilution et administration
Amoxicilline	NaCl 0,9 %	20 mg/mL	Continue	8	Pompe vol.	4 g dans 200 à 250 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	10	Pompe vol.	5 g dans 250 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	12	Pompe vol.	6 g dans 300 à 500 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	16	Pompe vol.	8 g dans 400 à 500 mL sur 12 h x 2/j
Aztréonam	NaCl 0,9 %	125 mg/mL	Continue	6	Pompe vol.	6 g dans 48 mL sur 24 h x 1/j
			Prolongée	6	PSE	2 g dans 48 mL sur 3-4 h x 3/j
			Prolongée	8	PSE	2 g dans 48 mL sur 3-4 h x 4/j
Céfazoline	NaCl 0,9 %	125 mg/mL	Continue	6	PSE	6 g dans 48 mL sur 24 h x 1/j
			Continue	8	PSE	4 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
			Continue		Pompe vol.	8 g dans 100 mL sur 24 h x 1/j
Céfépime	NaCl 0,9 %	125 mg/mL	Continue	4	PSE	4 g dans 48 mL sur 24 h x 1/j
			Continue	6	PSE	6 g dans 48 mL sur 24 h x 1/j
			Prolongée	6	PSE	2 g dans 48 mL sur 3-4 h x 3/j
Céfidérocol	NaCl 0,9 %/G5 %	62,5 mg/mL	Continue	6	PSE	3 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	6	Pompe vol.	6 g dans 100 mL sur 24 h x 1/j
			Prolongée	6	PSE	2 g dans 48 mL sur 3-4 h x 3/j
Céfotaxime	NaCl 0,9 %	50 mg/mL	Continue	12	Pompe vol.	12 g dans 250 mL sur 24 h x 1/j
			Continue	16	Pompe vol.	16 g dans 500 mL sur 24 h x 1/j
			Continue	12	PSE	3 g dans 48 mL sur 6 h x 4/j
			Continue	16	PSE	4 g dans 48 mL sur 6 h x 4/j
Cefoxitine	G 5 %	125 mg/mL	Continue	8	PSE	4 g dans 36 mL sur 12 h x 2/j
Ceftazidime	NaCl 0,9 %	125 mg/mL	Continue	4	PSE	2 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	6	PSE	3 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	8	PSE	4 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
			Prolongée	6	PSE	2 g dans 48 mL sur 3-4 h x 3/j
Ceftazidime + Avi.	NaCl 0,9 %/G5 %	125 mg/mL	Continue	6	PSE	2 g dans 48 mL sur 8 h x 3/j
Ceftolozane + Tazo.	NaCl 0,9 %/G5 %	62,5 mg/mL	Continue	6	PSE	3 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
Cloxacilline	NaCl 0,9 %/G5 %	125 mg/mL	Continue	8	PSE	4 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	10	PSE	5 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	12	PSE	6 g dans 48 mL sur 12 h x 2/j
			Continue	16	Pompe vol.	16 g dans 250 mL sur 24 h x 1/j
Fosfomycine	G 5 %	40 mg/mL	Prolongée	12	Pompe vol.	4 g dans 500 mL sur 3-4 h x 3/j
			Prolongée	16	Pompe vol.	4 g dans 500 mL sur 3-4 h x 4/j
			Continue	6	PSE	2 g dans 48 mL sur 8 h x 3/j
Méropénème	NaCl 0,9 %		Continue	6	PSE	2 g dans 48 mL sur 8 h x 3/j
			Prolongée	6	PSE	2 g dans 48 mL sur 8 h x 3/j
Méropénème + Vab.	NaCl 0,9 %		Continue	6	Pompe vol.	2 g dans 250 mL sur 8 h x 3/j
			Prolongée	6	Pompe vol.	2 g dans 250 mL sur 3-4 h x 3/j

Stabilité à température ambiante :

- 8h maximum

Stabilité en diffuseur élastomérique à $\geq 30^{\circ}\text{C}$:

→ Pas de données disponibles

2ème intention selon SPILF 2026



Témocilline : 1ère intention, bonne organisation

La molécule:

- 1ère intention SPILF 2026 sur BLSE si céfoxitine résistante
- Spectre étroit
- épargne les carbapénèmes

La stabilité:

- Stable 24h dans NaCl 0,9% à 125 mg/mL à température ambiante
- Stable 24h en diffuseur élastomérique polyisoprène à $\geq 30^{\circ}\text{C}$

Le dispositif :

- Perfusion continue 6g/24h dans 240 mL NaCl 0,9%
- Diffuseur élastomérique polyisoprène
- 1 passage IDE par jour pour branchement

Message clé

**Le bon traitement à domicile, c'est
celui qu'on peut vraiment
administrer**

*Actif ne veut pas dire recommandé.
Le terrain conditionne autant que la sensibilité.*

Vignette 2: Rappel du cas

M. René Prosta, 64 ans

Prostatite aiguë fébrile à BLSE

- Témocilline IV décidée
 - Durée prévue : 14 jours minimum
- ✓ Vit seul en zone semi-rurale
 - ✓ IRC modérée — DFG 45 ml/min
 - ✓ Poids 100 kg
 - ✓ 1 passage IDE par jour

*La molécule est choisie. Le dispositif est choisi. Reste une question fondamentale :
comment on organise le retour à domicile ?*

Qu'est-ce qui est indispensable avant sa sortie ?

- A. Pose d'un PICC-line avant la sortie
- B. Pose d'un Midline avant la sortie
- C. Prescrire une surveillance biologique hebdomadaire
- D. Remettre au patient les critères de retour aux urgences par écrit
- E. Vérifier la disponibilité de la témocilline avant la sortie
- F. Planifier une réévaluation à 48-72h

Piccline ou Midline

	VVP	Midline	PICC-line
Durée recommandée	< 7 jours	8 à 28 jours	> 28 jours
Type de voie	Périphérique courte	Périphérique longue	Centrale
Extrémité du cathéter	Main, avant-bras	Veine axillaire	Veine cave supérieure
Pose	Tout IDE	IDE formé	IDE formé
Changement	/96h maximum	Pas de changement systématique	Pas de changement systématique
Osmolarité max	< 600 mOsm	< 600 mOsm	Illimitée
Risque infectieux	Faible	Modéré	Plus élevé
Antibiothérapie	Courte durée	< 4 semaines	≥ 4 semaines



Entretien des dispositifs intravasculaires

Surveiller quotidiennement

→ Température, point de ponction, pansement occlusif


Entretenir chaque semaine

→ Pansement + valve — antisepsie — gants stériles

Rincer à chaque administration

→ Rinçage pulsé 10 mL NaCl 0,9%

→ Avant et après chaque médicament

 Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins

PICC line & Midline en libéral

Abord de voie centrale & Abord de voie périphérique

Pré requis : Identifier le dispositif et les valves mis en place chez le patient avant tout soin

1 Tenue de l'opérateur

Masque de soin propre, bien ajusté, à utiliser pour toute manipulation du cathéter

Coffre à UU (réfection de pansement)

Gants stériles : lors des connexions proximales

Solution hydro-alcoolique à toutes les étapes du soin

Blouse à Usage Unique ou tenue propre + Avant-bras dégagés

Masque de soin pour le patient ou si impossible, le patient tourne la tête

2 Surveillance

- Prendre la température axillaire
- Surveiller le point de ponction du cathéter (œdème, douleur, rougeur)
- Surveiller l'apparition de fuites, perforations, rupture du PICC ou dépister un soufflement anormal
- Vérifier quotidiennement le pansement qui doit rester occlusif

La mesure extériorisée du cathéter doit être notée sur le carnet de surveillance à chaque pansement

Je ne retire jamais un PICC LINE en secteur de ville

3 Manipulations

3.1 / Rinçage pulsé

Pour prévenir l'obstruction et éviter la précipitation et micro cristallisation de produits incompatibles entre eux

- Friction valve, septum et pas de vis pendant 15 secondes avec un alcool à 70% avant toute utilisation
- Utiliser des seringues égales ou supérieures à 10ml de NaCl 0,9% de préférence Luer lock

QUAND RINCER ?

- Après chaque administration de médicaments
- Après vérification du reflux sanguin ou d'un prélèvement sanguin (ou passage de produits sanguins)
- En fin de perfusion avant de laisser le système en pression positive
- En cas de non utilisation du cathéter : rincer au moins une fois par semaine ou plus selon prescription

QUEL VOLUME UTILISER ?

- Avant et après administration de chaque médicament : 10ml
- En cas de retour veineux ou produit à haute viscosité : 2 x 10ml de NaCl 0,9%

COMMENT ?

Réaliser le rinçage par poussées successives d'au moins 10ml de NaCl 0,9% dans le système permettant de réaliser un nettoyage des bourses du cathéter

3.2 / Réfection de pansement

L'ANTISEPSIE : Sur une peau visiblement propre, une application d'antiseptique est suffisante

La SF2H recommande d'utiliser un antiseptique alcoolique type povidone alcoolique ou chlorhexidine alcoolique

A défaut, utiliser de la povidone dermique ou du Dakin

En cas de souillures visibles réaliser une ANTISEPSIE EN 4 TEMPS (ou un seul passage en fonction de l'état de la peau) :

- Nettoyage au savon doux ou détergent au savon antiseptique
- Rinçage au NaCl 0,9%
- Séchage avec une compresse stérile
- Application de l'antiseptique du centre vers la périphérie
- Attendre le séchage spontané (garanti l'efficacité de l'antiseptique)

4 Valve bidirectionnelle

Amédit

- Toutes les manipulations proximales ou distales se font au moyen de compresses stériles imbibées d'alcool à 70%
- Protéger les valves avec une compresse stérile et maintenir l'ensemble avec un jersey tubulaire ou une bande pour éviter la mobilisation du cathéter et permettre de garder le pansement occlusif
- Pour être : si présence d'un clamp, la valve n'est pas intégrée au dispositif → la valve doit être changée à son remplacement

Alibettes de fixation

Clamp

Valve intégrée

VALVE À PRESSION POSITIVE

Ne pas clamer le PICC-LINE (pression positive assurée par la valve lors du retrait de la seringue)

VALVE À PRESSION NEUTRE OU NÉGATIVE

Clamer le PICC (la manœuvre de clampage assure la pression positive)

- À changer 1x/semaine en même temps que le pansement
- Lors du changement de valve UTILISER DES GANTS STÉRILES
- Purger la valve avant utilisation
- Lors du changement de la valve, le PICC-Line doit être clampé



Checklist avant la sortie

Surveillance biologique

- NFS, CRP, créatinine — ordonnance avant la sortie
- IRC + témocilline — créatinine hebdomadaire
- Résultats transmis à qui ?

Critères de retour aux urgences

- Par écrit — pas à l'oral
- Fièvre > 38,5°C, frissons à l'injection, rougeur/douleur sur le midline, toute détérioration

Disponibilité témocilline

- Commandée avant la sortie
- Circuit HAD vérifié
- Diffuseur polyisoprène ✓

Réévaluation planifiée

- Date fixée avant la sortie
- Clinique + biologie
- Arrêt ou poursuite à J14 ?

Message clé

L'antibiothérapie IV à domicile se réévalue.

Quatre décisions. Quatre métiers. Une seule organisation.

Conclusion

L'antibiothérapie injectable à domicile, ce n'est pas une hospitalisation délocalisée.

C'est une organisation construite, coordonnée et réévaluée.

Molécule → dispositif → voie d'abord → surveillance → réévaluation
→ réajustement



CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Antibiothérapie injectable en sortie d'hospitalisation : éléments indispensables

16/06/2026 - 12h30 à 14h

Webinaire du Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne – Franche-Comté

Dr Pierre Bugnon

Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne Franche Comté

Antibiothérapie injectable en sortie d'hospitalisation

Éléments indispensables selon les attendus :

- Des prescripteurs
- Des patients
- Des acteurs de terrains



CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté

ANTIBIOTHÉRAPIE INJECTABLE EN SORTIE D'HOSPITALISATION

- ▶ But « caché » : ↓ du DMS (Durée Moyenne de Séjour) en maîtrisant les dépenses de santé

Sortie anticipée avec prescription adaptée au domicile
mais ce n'est pas le seul but...

- ▶ **Éléments indispensables :**

Bonne coordination entre tous les acteurs

- ▶ Bon circuit du médicament
- ▶ Bonne dispensation en pharmacie
- ▶ Sécurisation de l'administration

Premier acteur : L'ATTENDU DU PRESCRIPTEUR HOSPITALIER

- ▶ Réactivité des acteurs de terrain
- ▶ Sécurité de la prise en charge
- ▶ Respect des prescriptions, horaires etc...
- ▶ Suivi médical optimal

CE QUI SOUS ENTEND

- ▶ Une voie d'injection adaptée
- ▶ Un bon circuit de délivrance du médicament
- ▶ Une bonne coordination entre tous les acteurs:
 - ▶ Médicale (adresseurs, médecins traitants, HAD)
 - ▶ Logistique
 - ▶ Pharmaceutique
 - ▶ Infirmière, prestataire

CE QUI IMPOSE

- ▶ L'identification du **prescripteur**/contact référent (pour appel en cas de problème)
- ▶ L'identification du **choix antibiotique** (probabiliste/adapté)
- ▶ **Réévaluation** 48/72H (faite ou à faire)
- ▶ **Préconisations** claires pour surveillance et suivi thérapeutique

CE QUI PERMET

- ▶ Diminuer la durée du séjour
- ▶ Diminuer les coûts
- ▶ Diminuer le risque infectieux nosocomial
- ▶ Avoir un suivi optimal à domicile
- ▶ Permettre la reprise des activités personnelles/professionnelles

Deuxième acteur : L'ATTENDU DU PATIENT À DOMICILE

- ▶ Suivi optimal « comme à l'hôpital »
- ▶ Bonne coordination prescripteurs/acteurs de terrain
- ▶ Liberté d'activité avec respect des prescriptions

Troisième acteur : L'ATTENDU DES ACTEURS DE TERRAIN

- ▶ Travail de « pré-sortie » **CAPITAL par les IDEC**
Questionnement pertinent multiple
- ▶ Traitement adapté au domicile ?
Et vice versa : domicile adapté au traitement ?
- ▶ Circuit de délivrance du médicament et des consommables prévu ?
- ▶ Lutter contre les risques de rupture de traitement, d'erreurs et d'absence de suivi
- ▶ Que la voie et le mode de perfusion soient définis avant la sortie (type d'injection, horaire...)

L'ATTENDU DES ACTEURS DE TERRAIN

- ▶ Surveillance codifiée du traitement, tracée, adressée à tous les acteurs de terrain?
- ▶ Coordonnées du prescripteur ou du référent antibiotique?
- ▶ Stockage au domicile conforme et sécurisé ?
- ▶ Savoir si réévaluation faite ou à faire ?
 - ▶ Si non faite, pouvoir prévenir pour avis le prescripteur ou le référent
- ▶ Savoir si consigne particulière de surveillance ?
- ▶ Dépister les interactions médicamenteuses possibles
- ▶ Si RCP, être **immédiatement** prévenu de la poursuite ou du changement de traitement

ANTIBIOTHÉRAPIE INJECTABLE EN SORTIE D'HOSPITALISATION

Les points clés du BUA en sortie d'EMS

► Rappel des prescriptions AB en France

2^{ème} pays européen plus gros consommateur sans raison

1/3 inutiles

1/3 inadaptées

1/3 adaptées

Les points clés du BUA en sortie d'EMS

Intégrer le BUA aux prescriptions c'est :

- ▶ Diminuer le coût financier
- ▶ Diminuer le **surcoût** lié aux effets indésirables
- ▶ Diminuer les effets indésirables
- ▶ Lutter contre **l'antibiorésistance** :
 - ▶ Diminuer la mortalité
 - ▶ Diminuer la durée d'hospitalisation
 - ▶ Diminuer la durée des traitements
- ▶ Un concept « une seule santé » en médecine humaine, vétérinaire et en préservant l'environnement

Les points clés du BUA en sortie d'EMS

Intégrer le BUA c'est le respect de principes :

- ▶ Ne traiter que des infections présumées bactériennes
- ▶ AB adaptés à l'antibiogramme
- ▶ Bonne dose
- ▶ Bonne diffusion
- ▶ Adaptées aux RECO (molécule, dose, rythme, durée...)
- ▶ Risque écologique
- ▶ Coût économique
- ▶ Éviter les associations si possible


MODES DE PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES INJECTABLES EN SORTIE D'EMS

- ▶ Plusieurs cas de figures, préconisations différentes mais objectifs identiques
- ▶ **Avant la sortie** : le prescripteur doit se mettre à la place des acteurs de terrain pour « **penser sa prescription** »
- ▶ Avoir l'accord du patient pour la transmission des courriers et des résultats aux différents acteurs, **qu'il doit désigner**, et **tracer(légal)**
- ▶ Eviter les sorties »urgentes » de fin de semaine avec des acteurs de terrain non prévus/prévenus ,des pharmacies fermées...

1-EN CAS DE SORTIE DES URGENCES

- ▶ Séjour court : Traitement probabiliste fréquent
- ▶ Réévaluation 48/72H à faire et à tracer
- ▶ Bien récupérer **les résultats biologiques** et **les transmettre dès que possible (attention aux résultats classés « sans suite » le patient ayant quitté le service)**
- ▶ Motiver le diagnostic et le traitement proposé
- ▶ Vérifier que :
 - ▶ le médecin traitant/médecin HAD a bien reçu toutes les directives de réévaluation
 - ▶ Le pharmacien a bien été contacté
 - ▶ Le prestataire, le cabinet infirmier, l'HAD, ont bien été sollicités

2-EN CAS DE SORTIE D'UN EMS

- ▶ Avis infectiologue ?
- ▶ Mêmes principes de vérification des contacts avec :
 - ▶ Médecin traitant/ médecin HAD
 - ▶ Cabinet infirmier, prestataire
- ▶  Bonnes conditions de sortie
- ▶ Si traitement de courte durée :
 - ▶ Traitement proposé
 - ▶ Surveillance clinique biologique et des effets indésirables
- ▶ Si traitement de longue durée \geq à 7 jours :
 - ▶ Indication particulière ?
 - ▶ Nouvelle réévaluation à prévoir
 - ▶ Surveillance des effets indésirables
 - ▶ Voie de perfusion adaptée et mise en place avant la sortie

3-COMMENT PRESCRIRE LES AB INJECTABLES EN SORTIE D'EMS ?

- ▶ Compatibilité domicile ?
- ▶ Choix des molécules
 - ▶ Rétrocédable/pharmacie de ville
 - ▶ Hospitalière (HAD)
- ▶ Préciser
 - ▶ Dose unitaire, soluté de dilution
 - ▶ Rythme adapté au domicile
 - ▶ Posologie (dose de charge ?)
 - ▶ Dosages sériques ?

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION : CAPITAL

- ▶ Prévoir voie veineuse avant la sortie
- ▶ Choix selon durée du traitement
- ▶ Compatible avec domicile
- ▶ Limiter les passages (prestataire, infirmier)

Voie **orale** : voie préférentielle mais

- ▶ Réservée aux infections peu graves
- ▶ Avec germes très sensibles
- ▶ Avec antibiotiques à bonne biodisponibilité
- ▶ Qu'en relais d'une antibiothérapie injectable si évolution favorable
- ▶ Qu'avec un patient observant

Voie **intra-veineuse** :

- ▶ Réservée à certaines molécules
- ▶ Concentration élevée d'antibiotique, dose de charge...
- ▶ Évite les problèmes d'absorption digestive
- ▶ Nécessite infirmières (à bien missionner avant la sortie)
- ▶ Vérifier avec le pharmacien
 - ▶ Stabilité/température
 - ▶ Le soluté
 - ▶ La concentration
 - ▶ Le diffuseur
 - ▶ **La logistique**

Voie **intra-musculaire** :

- ▶ Patient dépendant
- ▶ Antibiotique dépendant
- ▶ Cabinet infirmier/HAD

Voie **sous cutanée** (RECO février 2026) :

- ▶ Intérêt quand :
 - ▶ VO impossible
 - ▶ IM impossible
 - ▶ Soins de confort/retour et suivi domicile
 - ▶ Durée de traitement prolongée
- ▶ Particularités pharmacocinétiques
 - ▶ Absorption initiale ralentie
 - ▶ Aire sous la courbe préservée
 - ▶ Parfois concentration > à la CMI (durée plus longue)

Voie sous cutanée (RECO février 2026) :

- ▶ **Pas d'intérêt** pour :
 - ▶ Antibiotique concentration dépendant
 - ▶ Traitement des infections graves
 - ▶ Si problèmes dermatologiques étendus, œdèmes
 - ▶ Si voie IV opérationnelle/nécessaire

- ▶ Pour **quelles molécules** ?
 - ▶ **Ceftriaxone**
 - ▶ Benzathine-Benzyl Penicilline, Céfazoline, Ertapenème, Méropenème, Piperacilline-Tazobactam, Témocilline
 - ▶ Amoxicilline (+/- acide clavulanique), Cefepime, Ceftazidime, Daptomycine

Voie sous cutanée (RECO février 2026) :

- ▶ Quelles modalités d'**administration** ?
 - ▶ Même posologie, même dilution que IV
 - ▶ Sites particuliers
 - ▶ Perfusion sur **30 à 60 min**
 - ▶ **KT souple**, diffuseur par gravité
 - ▶ Pas d'injection directe sauf exception
 - ▶ Début possible (Céfazoline, Ceftriaxone, Méropenème, Ertapenème, Pipe Tazo, Témocilline)
 - ▶ Pour Téricoplanine : dose de charge IV pendant 48H avant relais sous cutané

Voie sous cutanée (RECO février 2026) :

- ▶ Quelle surveillance ? **TRACABILITÉ**
 - ▶ Point de ponction
 - ▶ Risque d'hématome ?
 - ▶ Si effet indésirable local important : **PHARMACOVIGILANCE**
 - ▶ Tracer date, site, durée (≥ 5 jours max)
 - ▶ Dosage d'antibiotique (Téicoplanine)
 - ▶ Surveiller taux sériques en cas:
 - ▶ D'infections complexes
 - ▶ De fortes posologies
 - ▶ D'insuffisance rénale/hépatique
 - ▶ De poids extrêmes

Voie sous cutanée (RECO février 2026) :

- ▶ Quelles modalités de prescription ?
 - ▶ Information du patient/responsable légal (HORS AMM)
TRACER
 - ▶ Protocole reconnu et validé
 - ▶ Mention obligatoire en médecine ambulatoire :

« Modalité d'administration hors AMM, validée après information et accord du patient de la balance bénéfice/risque favorable, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques cliniques SPILF/SSGG 2025 de l'antibiothérapie sous cutanée avec la lettre aux professionnels de santé de novembre 2019 »

La voie **locale**

- ▶ Indications très limitées
 - ▶ ORL (otite externe)
 - ▶ Ophtalmologique (conjonctivite, hyalite, rétinite)
 - ▶ Gynécologique (vaginite)

Ne pas sous estimer le recours à la **chirurgie** (Abscess ou collection)

ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE OU ANTI-BIOTHÉRAPIE ADAPTÉE ?

Les situations

Ordonnance de sortie (si possible 24H avant)
accompagnant:

- ▶ Lettre de sortie
- ▶ Acteurs de terrain prévenus
- ▶ Pharmacien : préconisation
- ▶ Logisticien : apport du matériel
- ▶ Protocole de soin détaillé
- ▶ Référent antibiotique identifié
- ▶ Éviter les sorties « à l'arrache »

Les situations

En cas d'antibiothérapie probabiliste

- ▶ Sans résultat bactériologique
 - ▶ Poursuite du traitement probabiliste
 - ▶ Surveillance particulière ?
 - ▶ Réévaluation ?
 - ▶ CAT selon évolution
- ▶ Soit bactériologie en attente
 - ▶ Appel du référent AB dès que résultats connus
 - ▶ Traitement adapté ?
- ▶ Prévoir durée restante de traitement

Les situations

En cas d'antibiothérapie adaptée

- ▶ Si réévaluation faite
 - ▶ Même traitement ? Durée ?
 - ▶ Désescalade thérapeutique ?
- ▶ Toute modification de traitement peut entraîner des modifications de prise en charge
 - ▶ Arrêt HAD
 - ▶ Arrêt du prestataire
 - ▶ Surveillance IDEL/Patient à bien sécuriser
 - ▶ Effets secondaires attendus
 - ▶ Risque allergique
 - ▶ Que faire si échec/complication ?



CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Le rôle du pharmacien dans l'antibiothérapie I.V. à domicile

Webinaire du Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne – Franche-Comté

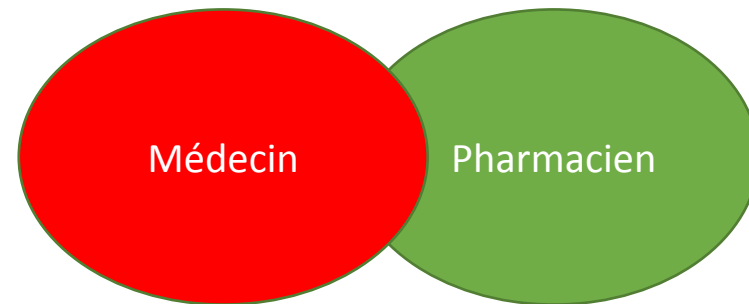
Dr Charles Bordes - Pharmacien Hospitalier

Dr Quentin Roset - Pharmacien d'officine - EMA 21/52

le 16/06/26

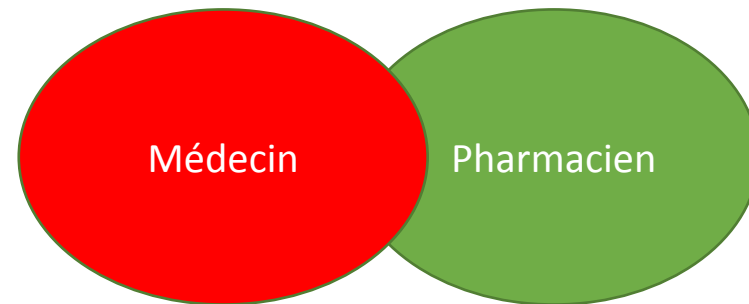
Rôle du pharmacien hospitalier

- Rôle de conseil pour amorcer au mieux la sortie du patient
- Discussion médecin – pharmacien
 - Disponibilité de la molécule (rétrocession, officine, HAD)
 - Prix - Remboursement
 - Liste en sus HAD
 - Administration de la molécule
 - Stabilité, nombre de passage



Rôle du pharmacien hospitalier

- Rôle de conseil pour amorcer au mieux la sortie du patient
- Discussion médecin – pharmacien
- **Disponibilité de la molécule (rétrocession, officine, HAD)**
 - Prix - Remboursement
 - Liste en sus HAD
 - Administration de la molécule
 - Stabilité, nombre de passage



Disponibilité de la molécule

Question habituelle: dans quel circuit le médicament est disponible?

- Toutes les molécules ne sont pas disponibles selon le circuit patient

	Patient avec IDE	Patient avec prestataire	Patient HAD
Médicaments de ville (officine)	✓	✓	✓
Médicaments rétrocédables	✓	✓	✓
Médicaments de la réserve hospitalière	✗	✗	✓

- Généralement, des outils/documents internes existent
 - Attention à la mise à jour
 - Appel pharmacien au besoin

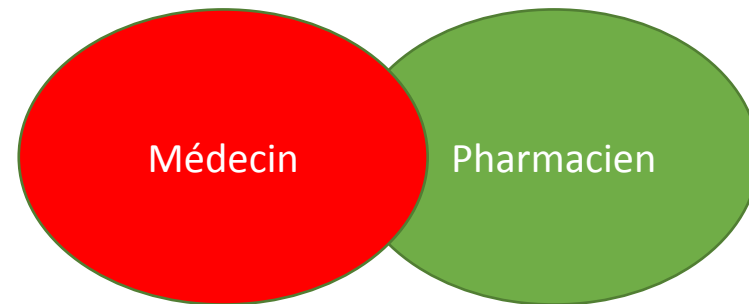
Outils

- Médicaments rétrocedables
 - [Médicaments en rétrocession – ANSM](#)
- Médicaments de ville (officine)
 - Sites internet des grossistes (OCP, CERP...)
- Médicaments de la réserve hospitalière
 - CIO Phast - [L'interopérabilité sémantique au service de la e-santé - Phast](#)

Statut(s) Réserve hospitalière (CSP article R.5121-82 à -83)
Potentiellement Médicament d'intérêt thérapeutique majeur

Rôle du pharmacien hospitalier

- Rôle de conseil pour amorcer au mieux la sortie du patient
- Discussion médecin – pharmacien
 - Disponibilité de la molécule (rétrocession, officine, HAD)
- **Prix - Remboursement**
 - Administration de la molécule
 - Stabilité, nombre de passage



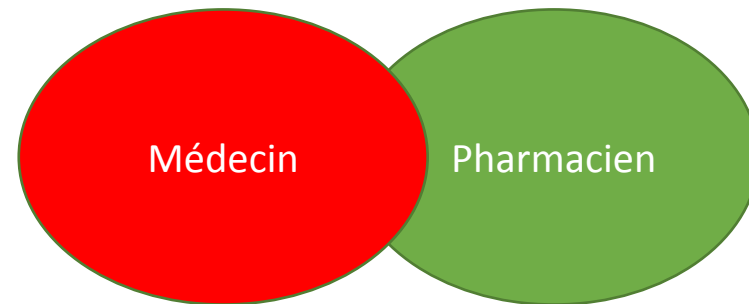
Prix - Remboursement

Question habituelle: Quel est le prix du médicament et circuit de remboursement spécifique

- Certains antibiotiques de dernière génération ont un certain coût
 - Ex: ZAVICEFTA 2g = 115€ soit 345€/J pour un patient standard
- Point qui peut « bloquer » certaines décisions
 - En officine ou en rétrocession → pris en charge à 100% (avec la mutuelle)
 - En HAD: cela peut dépasser le forfait journalier → perte sèche
 - Liste en sus HAD : remboursement en sus de certaines molécules onéreuses afin d'éviter ces points de blocage
 - [Spécialités pharmaceutiques en HAD 2026 | Publication ATIH](#)

Rôle du pharmacien hospitalier

- Rôle de conseil pour amorcer au mieux la sortie du patient
- Discussion médecin – pharmacien
 - Disponibilité de la molécule (rétrocession, officine, HAD)
 - Prix - Remboursement
 - Liste en sus HAD
- **Administration de la molécule**



Administration de la molécule





















Question habituelle : peut-on administrer l'antibiotique en 2 injections?

- Stabilité – facteurs influençant
 - La concentration de la molécule
 - Le contenant avec interaction contenant-contenu
 - La température
 - La lumière



Exemple: ZAVICEFTA

- Disponibilité de la molécule : réserve hospitalière
- Prix: 345€/J pour un patient standard
- Mais présent sur la liste en sus HAD
- Stabilité

		25/6,25 mg/ml	37°C		12 	4634 C+
		6,25/1,56 >> 25/6,25 mg/ml	2-8°C		3 	4822 B+
		6,25/1,56 >> 25/6,25 mg/ml	32°C		12 	4822 B+
		6,25/1,56 >> 25/6,25 mg/ml	2-8°C		3 	4822 B+
		6,25/1,56 >> 25/6,25 mg/ml	32°C		12 	4822 B+

3g dans 120ml NaCl 0,9%
sur 12h x 2/J

Le pharmacien d'officine, maillon de sécurisation du parcours des antibiotiques injectables à domicile

Délivrance pharmaceutique théorique :

- Analyse de la prescription (indication, posologie, durée)
- Vérification des adaptations nécessaires (poids, fonction rénale, âge)
- Recherche des allergies et antécédents d'hypersensibilité
- Détection des interactions médicamenteuses significatives

**La réalité :
Difficultés
d'accès
aux
dossiers
patients**

Le dernier rempart avant l'administration au patient

Le pharmacien d'officine : un logisticien hors pair

Organisation de la prise en charge :

- Assurer la disponibilité immédiate du traitement (généralement entre 4h et 24h)
- Coordination avec l'IDEL (souvent) et le prescripteur (rarement)
- Anticipation des besoins sur toute la durée du traitement (poches, cathéter...)
- Gestion des ruptures et alternatives thérapeutiques (systématiquement)
- Livraisons régulières



Focus sur la Ceftriaxone : principal ATB injectable délivré en ville

Reconstitution et administration :

- Vérification du solvant prescrit :
 - a. IM : 4ml d'EPPI ou lidocaïne 1%
 - b. IV : 10ml d'EPPI
- Compatibilités et stabilité : utilisation immédiate 12h entre 12° et 25°C
- Respect des modalités d'administration IV ou IM



Une check-list pour la délivrance de la Ceftriaxone en ville

1. Recherche d'une allergie aux Cephalosporines, ou ATCD d'hypersensibilité avec autres β -lactamines
2. Surveillance biologique recommandée (NFS, bilan hépatique et rénal) sur les traitements prolongés
3. Présence de perfusion au calcium ? Pas d'administration simultanée sur la même ligne IV (risques de précipitations)
4. Vigilance pour la spécialité IM qui contient de lidocaïne : allergie, certains troubles du rythme...
5. Mise en garde sur les réactions allergiques : cutanées, digestives...

Quel rôle DEVRAIT avoir le pharmacien d'officine ?

Malheureusement encore trop anecdotique, le pharmacien d'officine devrait être impliqué :

- dans le choix (ou le “non-choix”) de l'antibiotique,
- la durée, la posologie etc.
- dans les réévaluations durant le traitement...

Mise en place d'un Antibiotic Stewardship en ville ?

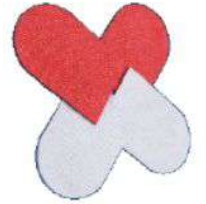
Création prochaine d'un réseau de pharmaciens d'officine impliqués :

Antibiofficine



CRAAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Le rôle de l'infirmière hospitalière dans la mise en place et le suivi d'une antibiothérapie à domicile

Webinaire du Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne – Franche-Comté

Stella Ascone - Infirmière service maladies infectieuses et tropicales - CHU Minjoz à Besançon

le 16/06/26

Evaluation de l'éligibilité du patient (en collaboration avec le médecin hospitalier)

État clinique

Autonomie

Environnement

Adhésion au projet

Préparer la sortie

Informations sur le traitement

Éducation du patient (effet indésirable et signe d'alerte)

Assurer la gestion de l'accès veineux

Piccline

Midline

Cathéter périphérique

Chambre implantable

Coordonner la continuité des soins

HAD

Prestataires

Participer au bon usage des antibiotiques et suivi efficacité du traitement

HAD

HOSPITALISATION À DOMICILE

GRUPE **vyv**

L'ANTIBIOTHERAPIE A DOMICILE

De la prescription à l'application

Quentin MATHE – IDEC HAD

vyv³ | Bourgogne



L'ORGANISATION – UN POINT CLE

- Le médecin



- Le pharmacien : qu'il soit hospitalier, officinal ou exerçant en HAD,



- Les infirmiers,



- Les prestataires ou service logistique,



- Le patient et sans oublié les aidants.



L'ORGANISATION – UN POINT CLE

Une information incomplète +

Une mauvaise anticipation logistique +/-ou

Un défaut de coordination

Une rupture thérapeutique ou à une ré hospitalisation évitable.



ANALYSE DE L'ORDONNANCE



Le premier élément à analyser concerne :

les modalités de délivrance du traitement.

IDEL + PRESTA

- Délivrance en officine
(*AMOX+AC.CLAV*)
- rétrocession hospitalière
(*VANCOMYCINE*)

HAD

Les molécules non
rétrocédables

(*DAPTOMYCINE*)

ANALYSE DE L'ORDONNANCE

La fréquence d'administration

La stabilité du médicament représente également un critère majeur.

Après reconstitution, certaines molécules disposent d'une durée de conservation limitée. Cette donnée influencera directement le choix du dispositif utilisé à domicile :

- Pompe
PCA



Diffuseur
élastomérique



Perfusion
classique



ANALYSE DE L'ORDONNANCE

Le conditionnement doit également être pris en compte. Certaines molécules sont **photosensibles** ou **thermosensibles** et nécessitent des précautions particulières lors du stockage et de l'administration.

⇒ *Pour sécuriser ces choix, différents outils d'aide à la décision sont régulièrement utilisés, notamment Thériaque, Stabilis ou encore les recommandations de l'OMEDIT.*

La voie d'Administration

La dimension économique

(ex : Ceftazidime-Avibactam (ZAVICEFTA) : 1 flacon (2g/0,5g) = 117,42 €)



EVALUATION DU PATIENT

Une fois la faisabilité technique évaluée, il est indispensable de s'intéresser au patient lui-même.

L'âge

Le niveau d'autonomie

L'environnement de vie



EVALUATION DU PATIENT

L'activité professionnelle ou la situation sociale

Enfin, il est indispensable d'évaluer *les connaissances du patient*

➔ *Le rôle éducatif de l'IDE est fondamental*



CAS CLINIQUE

Monsieur P., âgé de 56 ans, est hospitalisé pour une ischémie subaiguë du membre inférieur droit ayant nécessité la réalisation d'un pontage fémoro-poplité.

L'évolution post-opératoire se complique par un saignement au niveau du scarpa droit nécessitant une reprise chirurgicale avec parage de la cicatrice.

Une antibiothérapie intraveineuse par CEFAZOLINE est alors instaurée à la dose de 6 grammes par 24 heures et doit être poursuivie à domicile pour une durée de 3 mois. Le patient est porteur d'une PICC LINE.



CAS CLINIQUE

L'analyse du traitement met en évidence plusieurs données :

- ❑ Le traitement doit être administré toutes les huit heures, impliquant l'organisation d'un passage de nuit.
- ❑ Molécule stable sur 24h permettant ainsi l'utilisation d'un diffuseur élastomérique
- ❑ Molécule non rétrocédable



CAS CLINIQUE

L'évaluation infirmière met en évidence :

- Monsieur P. est relativement jeune, conserve une bonne autonomie malgré certaines limitations transitoires liées à l'intervention, bénéficie d'un entourage présent et dispose d'un logement adapté.
- Il connaît parfaitement son traitement et comprend les mesures de surveillance associées à son dispositif veineux.



CAS CLINIQUE

L'organisation retenue repose donc sur une coordination étroite entre les différents intervenants :

- La pharmacie de l'HAD,
- Le service logistique,
- Les infirmiers libéraux et l'équipe HAD,
- Les infirmiers coordinateurs,
- Le médecin HAD

À l'issue du traitement, le retrait du PICC Line est réalisé à domicile en présence du MEDEP HAD et d'un IDE afin d'éviter au patient un déplacement supplémentaire vers l'hôpital.



CONCLUSION

L'antibiothérapie à domicile ne se résume pas à l'administration d'un médicament hors de l'hôpital.

Elle repose sur une

- évaluation de la prescription,
- analyse du contexte de vie du patient
- une coordination entre les différents professionnels impliqués.

L'infirmier occupe une place centrale et participe :

- à l'organisation des soins,
- à l'éducation thérapeutique,
- à la surveillance clinique
- à la sécurisation globale du parcours de soins.

La réussite de ces prises en charge repose finalement sur notre capacité collective à anticiper les contraintes, coordonner les acteurs et maintenir un haut niveau de sécurité tout au long du traitement.





CRAAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Prévention des infections liées aux cathéters : échangeons ensemble

Webinaire du Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne – Franche-Comté

Nathalie Floret - Responsable du CPIAS BFC

le 16/06/26



Bourgogne Franche-Comté

Prévention des infections liées aux cathéters : échangeons ensemble

WEBINAIRE VILLE, 16 JUIN 2026

ILC : données épidémiologiques (1)

Données de surveillance pour connaître la réalité de la problématique

Pourquoi c'est important ?



- 1 patient sur 10 décède dans les 7 jours suivant le début de l'infection
- 1 bactériémie liée à un cathéter sur 2 est évitable

Pourquoi en 1^{er} lieu à l'hôpital ?

1 infection associée aux soins sur 10 est une bactériémie



3 bactériémies nosocomiales sur 10 sont liées à un cathéter



9 bactériémies liées à cathéter sont acquises à l'hôpital



ILC : données épidémiologiques (2)

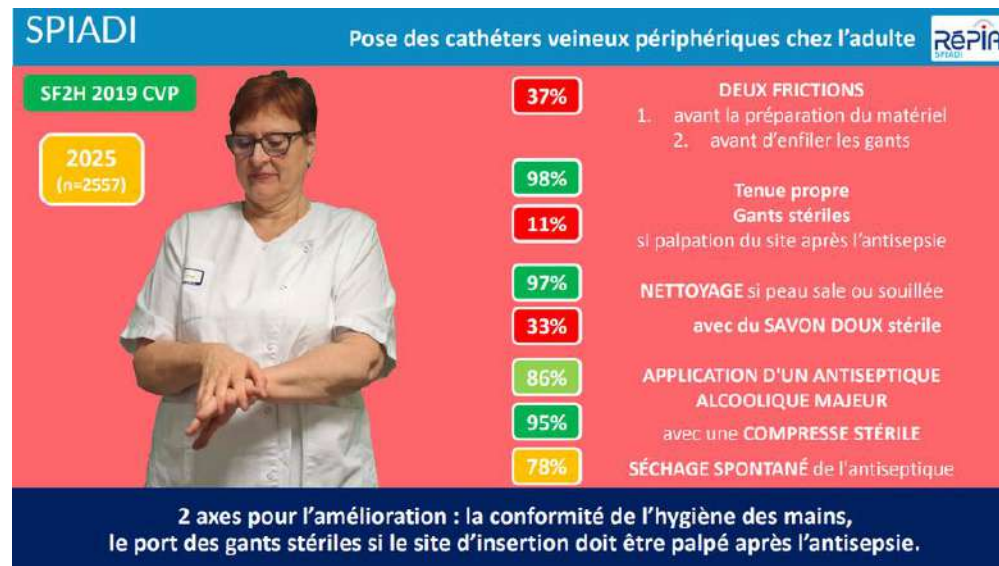
Données de surveillance pour connaître la réalité de la problématique

Secteur	Incidence disponible	Prévalence disponible
Établissements de santé	<p>En 2024, SPIADI rapporte <u>2 814 bactériémies liées à un cathéter (BLC)</u> parmi 9 161 bactériémies associées aux soins, soit 30,7 %.</p> <p>Les incidences 2024 varient selon les secteurs : réanimation adulte 1,025/1 000 journées-cathéter, hématologie 1,392/1 000 JH, oncologie 1,020/1 000 JH, médecine adulte 0,124/1 000 JH, chirurgie adulte 0,137/1 000 JH, CVP court 0,038/1 000 JH.</p> <p><small>cpias-ile-de-fran... +1</small></p>	<p>L'ENP 2022 montre que 32,95 % des patients hospitalisés étaient porteurs d'au moins un cathéter. La prévalence des patients infectés, toutes infections nosocomiales confondues, était de 11,21 % chez les porteurs d'au moins un cathéter, versus 3,01 % chez les non-porteurs.</p> <p><small>Santé publique... +1</small></p>
Médico-social / Ehpad	<p>Sur 2020-2024, SPIADI rapporte <u>2 117 bactériémies acquises en Ehpad, dont 424 liées à un dispositif invasif : 38 à un dispositif intravasculaire</u> et 386 à un antécédent récent de sondage vésical.</p> <p>Le taux d'incidence des bactériémies acquises en Ehpad, toutes origines confondues, est de 0,009/1 000 journées-résidents ; les BLC acquises en Ehpad sont décrites comme des événements exceptionnels.</p> <p><small>cpias-ile-de-fran... +1</small></p>	<p>L'ENP Ehpad 2024 estime la prévalence des résidents infectés à 2,35 % et la prévalence des IAS à 2,41 %. Les résidents porteurs d'un cathéter SC ou IV représentaient 2,88 % des résidents ; la prévalence des résidents infectés chez les porteurs de cathéter était de 8,47 %. Les infections liées à un cathéter représentaient 0,24 % des infections, soit une prévalence de 0,01 %, le plus souvent liées à un cathéter sous-cutané.</p> <p><small>Santé publique... +2</small></p>
Soins de ville / domicile	<p>SPIADI contribue à la surveillance des BLC acquises au décours de <u>soins prodigués en ville ou à domicile</u>. En 2024, <u>300 BLC ont été acquises dans ce contexte, soit 10,7 % des BLC documentées</u> ; toutefois, il ne s'agit pas d'un taux d'incidence, faute de dénominateur national publié de type journées-cathéter ou patients porteurs suivis en ville.</p> <p><small>cpias-ile-de-fran...</small></p>	<p>Pas d'indicateur national de prévalence publié comparable aux ENP établissements de santé/Ehpad dans les sources nationales consultées. L'ENP 2022 en établissements de santé excluait notamment l'HAD, et l'ENP 2024 concerne spécifiquement les Ehpad.</p> <p><small>Santé publique... +1</small></p>



ILC : données épidémiologiques (3)

Observation des pratiques pour identifier les axes d'amélioration



<https://www.spiadi.fr/app/files/van-der-mee-valentin.532524809bb5600946f0b1c7d7a93120.pdf>

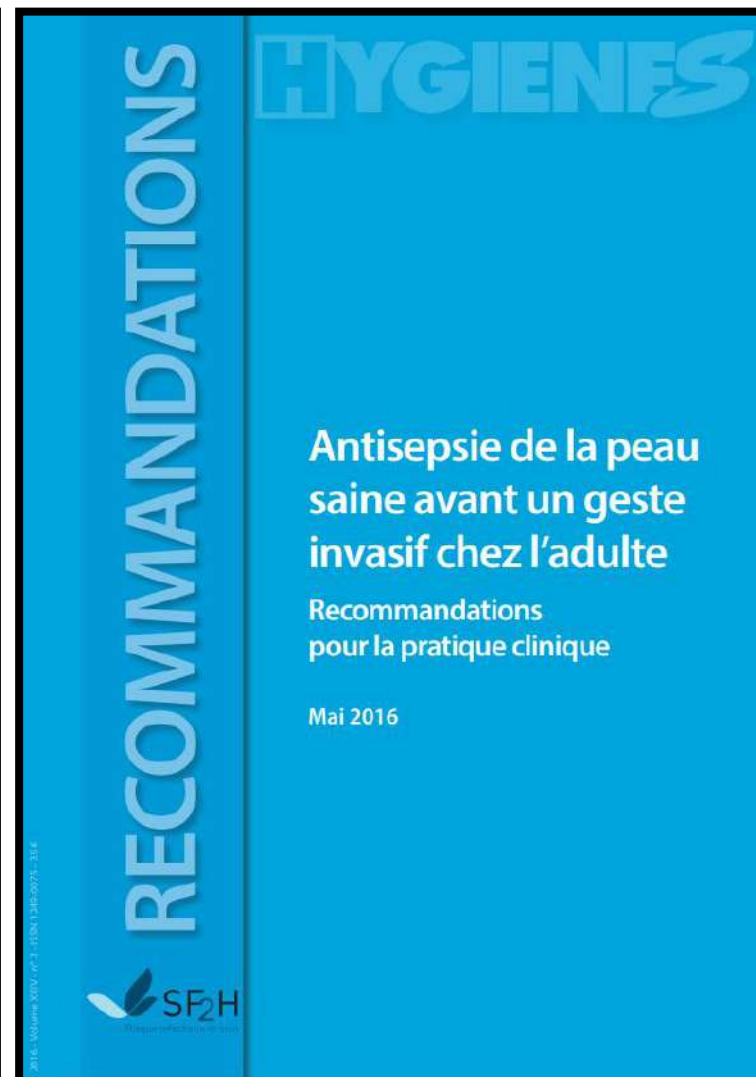
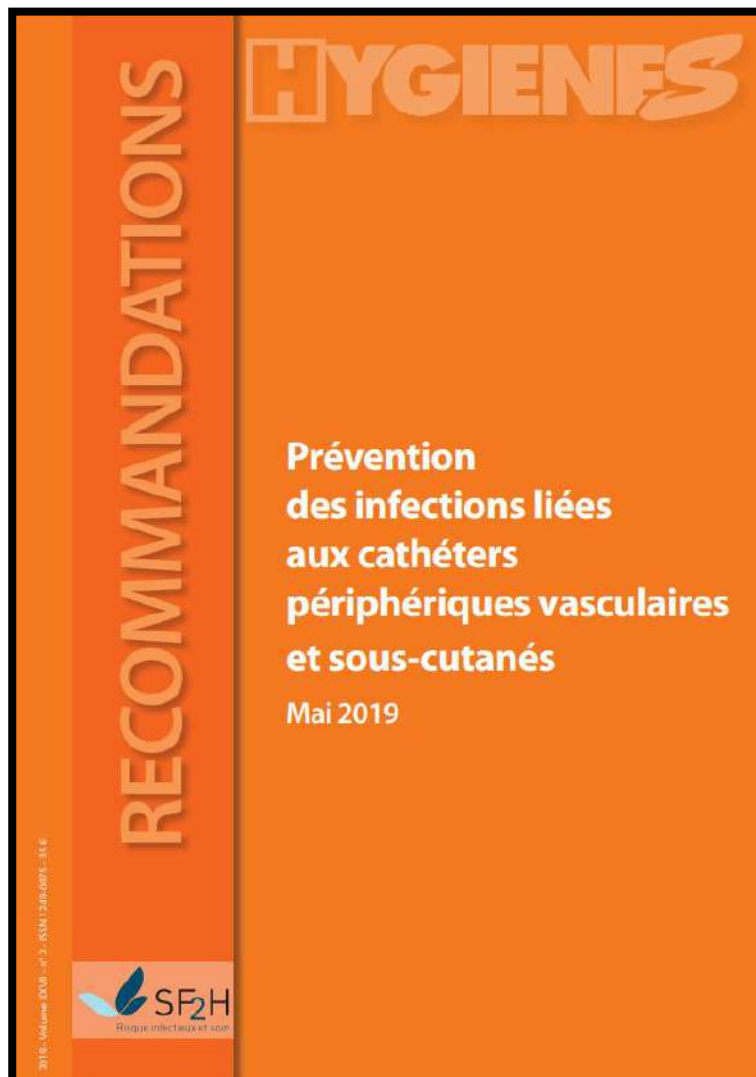
Prévention

Les points critiques

- **HYGIÈNE DES MAINS**
- **CHOIX & PRÉPARATION DU MATÉRIEL**
- **PRÉPARATION CUTANÉE**
- **PORT DE GANTS**
- **TRAÇABILITÉ DU SOIN**
- **SURVEILLANCE AU NIVEAU LOCAL ET GÉNÉRAL AU MOINS 1 FOIS/ÉQUIPE**
- **RÉÉVALUATION QUOTIDIENNE DE L'INTÉRÊT DU MAINTIEN DU CATHÉTER**

Prévention

Les recos SF2H



Prévention

Les recos SF2H

Choix du dispositif

Tableau I – Arbre décisionnel pour le choix d'un accès vasculaire.

1. Quel traitement?	Toxicité du traitement à perfuser									
	Produit non irritant et non vésicant <900 mOsm/l Abord périphérique possible					Produit irritant ou vésicant Abord central nécessaire Débit de perfusion élevé (>5 ml/s)?				
2. Quelle durée?	Durée d'implantation prévisionnelle					Durée d'implantation prévisionnelle			Durée d'implantation prévisionnelle	
	7 jours	8 à 14 jours	15 à 30 jours	≥31 jours	≤14 jours	15-30 jours	≥31 jours	≤1 mois	>1 mois	
3. Dispositif de première intention	Capital veineux?		Midline avec prolongateur intégré ou PICC	PICC	PICC	PICC	PICC ou CVC tunnellié avec ou sans manchon	PICC ou CVC tunnellié ou Chambre à cathéter implantable	CVC	CVC tunnellié avec ou sans manchon
	Bon	Mauvais ¹								
Alternative	CVP inséré sous échoguidage		Midline avec prolongateur intégré	CVC tunnellié ou chambre à cathéter Implantable	CVC en USI					
	Midline sans prolongateur intégré					CVC en USI				

Synthèse des règles générales de choix d'un cathéter veineux.
Connaissance de la toxicité des médicaments à injecter





Cas particulier de la voie sous-cutanée :

- Déshydratation ou dénutrition légère à modérée
- Accès veineux impossible ou non toléré
- Risque de déshydratation en cas d'intolérance d'une prise orale
- Attente de la mise en place d'une voie veineuse
- En cas d'infection liée au cathéter et nécessitant la perfusion d'un traitement antibiotique

Prévention

Les outils SPIADI (1)

FICHES TECHNIQUES

Pose des dispositifs invasifs	Manipulations des dispositifs intra-vasculaires et gestion des lignes	Utilisation des antiseptiques
Dispositifs intra-vasculaires  Pose d'un cathéter veineux central ou MIDline avec prolongateur intégré sous échodopage SPIADI - 19/11/2025  Pose d'un cathéter veineux central ou MIDline avec prolongateur intégré sous échodopage (avec aide) SPIADI - 19/11/2025  Pose d'une CCI CPIas Centre-Val de Loire - 2017  Pose d'un CVP ou d'un MIDline sans prolongateur intégré SPIADI - 19/11/2025	 Pose et dépose d'aiguille sur CCI SPIADI - 19/11/2025  Manipulations et gestion des lignes pour les CVC, PICCline, CCI et MIDline avec prolongateur intégré CPIas Centre-Val de Loire - 30/12/2020  Réfection d'un pansement de CVC, PICCline, CCI ou MIDline avec prolongateur intégré SPIADI - 19/11/2025  Réfection du pansement de l'urgence d'un cathéter de Dialyse CPIas Centre-Val de Loire - 06/02/2025  Retrait d'un CVC, PICCline ou d'un MIDline avec prolongateur intégré CPIas Centre-Val de Loire - 30/12/2020  Manipulations, gestion des lignes et retrait des CVP et MIDline sans prolongateur intégré CPIas Centre-Val de Loire - 30/12/2020  PICCline et MIDline en secteur hospitalier CPIas Pays de la Loire - 30/12/2022  PICCline et MIDline en libéral CPIas Pays de la Loire - 25/03/2024  Surveillance de la voie veineuse périphérique (échelle de Maddox) CPIas Pays de la Loire - 20/02/2024	Adulte  Choix des antiseptiques et actes invasifs chez l'adulte CPIas Centre-Val de Loire - 06/02/2025
Nouveau-né  Pose d'un cathéter veineux central pour la nutrition parentérale en néonatalogie SPIADI - 21/11/2022		
Dispositifs urinaires  Pose d'une sonde vésicale à demeure/sondage évacuateur CPIas Centre-Val de Loire - 2020		

 **ACCÉDER**

INFOGRAPHIES



CAPSULES VIDÉOS



Prévention

Les outils SPIADI (2)

RéPIA
SPIADI





Synthèse des recommandations pour les **CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES COURTS ET MIDLINES SANS PROLONGATEUR INTÉGRÉ**

POSE DU CATHÉTER	MANIPULATION D'UNE LIGNE
<p>DEUX FRICTIONS LA 1^{ÈRE} AVANT LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL LA 2^{ÈME} JUSTE AVANT L'INSERTION</p> <p>GANTS STÉRILES DANS 2 SITUATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none">• SI PALPATION APRÈS L'ANTISEPSIE• SI POSE AVEC ÉCHOGUIDAGE	<p>FRICTION JUSTE AVANT LE SOIN</p>
<p>TENUE PROPRE</p>	<p>TENUE PROPRE</p>
<ul style="list-style-type: none">• SI PEAU SALE OU SOUILLÉE NETTOYAGE AVEC DU SAVON DOUX STÉRILE• APPLICATEUR OU COMPRESSES STÉRILES• ANTISEPTIQUE ALCOOLIQUE MAJEUR• SÉCHAGE SPONTANÉ DE L'ANTISEPTIQUE	<ul style="list-style-type: none">• DÉSINFECTION DE LA CONNECTIQUE ET DE LA VALVE AVANT UTILISATION• COMPRESSES STÉRILES• ALCOOL À 70%• FRICTION DE LA VALVE PENDANT 15 SECONDES







Prévention

Les outils SPIADI (3)

POSE DU CATHÉTER	RÉFÉCTION DE PANSEMENT	MANIPULATION PROXIMALE D'UNE LIGNE	MANIPULATION DISTALE D'UNE LIGNE
<p>DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION AVANT LA POSE, AVANT D'ENFILER LES GANTS</p>	<p>DEUX FRICTIONS LA 1^{ÈRE} AVANT LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL LA 2^{ÈME} AVANT D'ENFILER LES GANTS</p>		<p>FRICTION JUSTE AVANT LE SOIN</p>
<p>GANTS STÉRILES CASAQUE STÉRILE MASQUE CHIRURGICAL COIFFE</p>	<p>GANTS STÉRILES TENUE PROPRE MASQUE CHIRURGICAL COIFFE</p>	<p>GANTS STÉRILES TENUE PROPRE MASQUE CHIRURGICAL</p>	<p>TENUE PROPRE</p>
			
<ul style="list-style-type: none">• SI PEAU SALE OU SOUILLÉE NETTOYAGE AVEC DU SAVON DOUX STÉRILE• APPLICATEUR OU COMPRESSES STÉRILES• CHLORHEXIDINE ALCOOLIQUE 2%• SÉCHAGE SPONTANÉ DE L'ANTISEPTIQUE	<ul style="list-style-type: none">• NETTOYAGE AVEC DU SAVON DOUX STÉRILE EN SYSTÉMATIQUE *• APPLICATEUR OU COMPRESSES STÉRILES• CHLORHEXIDINE ALCOOLIQUE 2%• SÉCHAGE SPONTANÉ DE L'ANTISEPTIQUE	<ul style="list-style-type: none">• DÉSINFECTION DE LA CONNECTIQUE ET DE LA VALVE AVANT UTILISATION• COMPRESSES STÉRILES• ALCOOL À 70%• FRICTION DE LA VALVE PENDANT 15 SECONDES	

Prévention

Les outils SPIADI (4)

POSE DU CATHÉTER	POSE D'UNE AIGUILLE SUR CCI	RÉFECTION DE PANSEMENT	MANIPULATION PROXIMALE D'UNE LIGNE	MANIPULATION DISTALE D'UNE LIGNE
<p>DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION AVANT LA POSE, AVANT D'ENFILER LES GANTS</p> <p>GANTS STÉRILES CASAQUE STÉRILE MASQUE CHIRURGICAL COIFFE</p> 	<p>DEUX FRICTIONS LA 1^{ÈRE} AVANT LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL LA 2^{ÈME} AVANT D'ENFILER LES GANTS</p> <p>GANTS STÉRILES TENUE PROPRE MASQUE CHIRURGICAL COIFFE</p> 		<p>GANTS STÉRILES TENUE PROPRE MASQUE CHIRURGICAL</p> 	<p>FRICTION JUSTE AVANT LE SOIN</p> <p>TENUE PROPRE</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • SI PEAU SALE OU SOUILLÉE NETTOYAGE AVEC DU SAVON DOUX STÉRILE • APPLICATEUR OU COMPRESSES STÉRILES • CHLORHEXIDINE ALCOOLIQUE 2% • SÉCHAGE SPONTANÉ DE L'ANTISEPTIQUE 	<ul style="list-style-type: none"> • NETTOYAGE AVEC DU SAVON DOUX STÉRILE • SI PEAU SALE OU SOUILLÉE • APPLICATEUR OU COMPRESSES STÉRILES • ANTISEPTIQUE ALCOOLIQUE MAJEUR • SÉCHAGE SPONTANÉ DE L'ANTISEPTIQUE <p>SYSTÉMATIQUE *</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHLORHEXIDINE ALCOOLIQUE 2% 		<ul style="list-style-type: none"> • DÉSINFECTION DE LA CONNECTIQUE ET DE LA VALVE AVANT UTILISATION • COMPRESSES STÉRILES • ALCOOL À 70% • FRICTION DE LA VALVE PENDANT 15 SECONDES 	
<p>RÉFÉRENCES : RECOMMANDATIONS SF2H SUR LES DISPOSITIFS INTRAVASCULAIRES (2012, 2013, 2016, 2019) * RECOMMANDATION SPIADI V1 02.2026</p>				

Prévention

La formation

PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ AUX DISPOSITIFS INTRAVASCULAIRES (PICC ET MIDLINE)

Objectif : connaître et savoir gérer les dispositifs intra-vasculaires (PICC & MIDLINE)

Public cible :

- Infirmier diplômé d'Etat

Durée de la formation : 1 jour (7 heures)

Dates & lieux de formation :

3 novembre 2026, DIJON



[INFORMATIONS ET INSCRIPTION](#)



CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Suivi de l'Antibiothérapie I.V. à domicile

Webinaire du Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne – Franche-Comté

Dr Pierre Bugnon - CRAtb

le 16/06/26

COMMENT SURVEILLER UNE ANTIBIOTHÉRAPIE À DOMICILE COMMENT EVALUER L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT ?

Bonne coordination prescripteurs, acteurs de terrain , primordiale

Réévaluation 48/72H faite/tracée ?

- ▶ Traitement identique ?
- ▶ Traitement modifié ?
- ▶ Durée restante du traitement

Si réévaluation non faite :

- ▶ Avec courrier de sortie, ordonnance...
- ▶ Préciser date de réévaluation à faire/tracer
- ▶ Coordonnées du prescripteur/référent si modification envisagée de traitement

Surveillance de l'efficacité/tolérance

- ▶ Critères d'**efficacité**
 - ▶ Amélioration clinique (fièvre)
 - ▶ Amélioration biologique (CRP, GB)
 - ▶ Stérilisation bactériologique
 - ▶ Amélioration d'imagerie... ↘
- ▶ Surveillance de la **tolérance**
 - ▶ Point d'entrée du KT
 - ▶ Absence de signe clinique anormal
 - ▶ Suivi de la surveillance biologique recommandée (faite et contrôlée par les praticiens)
 - ▶ Absence d'allergie, d'intolérance

Que faire en cas de traitement efficace ?

Peut on **adapter** le traitement ?

Peut on envisager une **déescalade** thérapeutique ?

1-LA DÉSESCALADE THÉRAPEUTIQUE

- ▶ Pas de définition consensuelle
- ▶ Sur le plan microbiologique ?
 - ▶ Diminuer la pression de sélection
 - ▶ Garder l'efficacité du traitement
 - ▶ Éviter les résistances
- ▶ Sur le plan de la faisabilité ?
 - ▶ RECO des durées de traitement, certaines pathologies
 - ▶ Que si évolution clinique favorable et microbiologie connue

Quelles actions ?

- ▶ Réduction du nombre d'antibiotique/probabiliste
- ▶ Arrêt des antibiotiques inutiles
- ▶ Réduction du spectre
- ▶ Réduction durée de traitement
- ▶ Passage voie orale ?

2-RÉSULTAT INCERTAIN, ECHEC, RECHUTE

QUE FAIRE DEVANT UN **RESULTAT INCERTAIN** À 48/72H ?

- ▶ Si traitement adapté, poursuite 7 jours
- ▶ Si \geq à 7 jours : nouvelle réévaluation

QUAND PARLER D'**ECHEC THÉRAPEUTIQUE** ?

- ▶ Persistance des signes généraux ?
- ▶ Apparition de complications ? Extension ?
- ▶ Bactérie devenue résistante ?

QUAND PARLER DE **RECHUTE** ?

- ▶ Réapparition des signes après l'arrêt du traitement

RÉSULTAT INCERTAIN, ECHEC, RECHUTE

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES ECHECS : **ERREUR DIAGNOSTIQUE ?**

- ▶ Fièvre non infectieuse :
 - ▶ Inflammatoire
 - ▶ Thromboembolique
 - ▶ Allergique
 - ▶ Oncologique

ÉTIOLOGIES DES ÉCHECS

- ▶ **Échec microbiologique**
 - ▶ Surtout si traitement probabiliste, mauvaise cible
 - ▶ Maladie non infectieuse
 - ▶ Virus, mycose, parasite
 - ▶ Pari probabiliste inexact
 - ▶ Pari exact mais bactérie à sensibilité diminuée
 - ▶ Acquisition de résistance

- ▶ **Échec pharmacologique** (tissus d'accès difficile)
 - ▶ Posologie insuffisante
 - ▶ Rythme inadéquat
 - ▶ Diffuseur inadapté
 - ▶ Mauvaise conservation
 - ▶ Interaction chimique ou médicamenteuse
 - ▶ Attention si changement de modalité d'administration

- ▶ **Échec stratégique**
 - ▶ Abscès → chirurgie
 - ▶ Matériel étranger
 - ▶ Non traitement des sujets contacts
- ▶ **Échec lié à une autre origine intercurrente**
 - ▶ Allergie tardive
 - ▶ Auto-infection
 - ▶ Autres pathologies

DURÉE DE TRAITEMENT

Varie selon :

- ▶ La bactérie
- ▶ La localisation infectieuse
- ▶ Le terrain
- ▶ Les RECO (en fonction des choix thérapeutiques, durée d'administration)

Durée la plus courte possible

- ▶ Diminue le risque de résistance
- ▶ Favorise l'observance
- ▶ Diminue le risque iatrogène
- ▶ Diminue le coût

Cas particuliers :

- ▶ EI, IOA, BK
- ▶ **Garder une dose thérapeutique efficace pendant toute la durée du traitement**

CRITÈRES DE GUÉRISON

- ▶ Disparition des signes d'infection
- ▶ **L'ABSENCE DE RECHUTE EST LE SEUL CRITÈRE ABSOLU DE GUÉRISON**

PRÉCONISATIONS : CHECK LIST À ÉVALUER

1-*Prescripteur*

Patient :

- ▶ Identité
- ▶ Poids
- ▶ Créatinine, transaminases
- ▶ Allergie? Comorbidité?
- ▶ Accord de prise en charge à domicile et liste des destinataires des courriers et des résultats, désignés par le patient **(à tracer)**

Service adresseur :

- ▶ Médecin prescripteur (nom, téléphone, mail...)
- ▶ Infectiologue référent
- ▶ Lettre de sortie
- ▶ Ordonnance de sortie complète
- ▶ Pose de voie avant la sortie

Prescripteur

Antibiothérapie probabiliste/documentée

- ▶ Si probabiliste :
 - ▶ Indication thérapeutique
 - ▶ Site infectieux
 - ▶ Justification du choix de la molécule
- ▶ Si documentée :
 - ▶ Origine du prélèvement (sang, abcès...)
 - ▶ Germe(s)
 - ▶ Antibiogramme (à joindre impérativement au dossier)

Prescripteur

Contrôle de la prescription (pharmacien, logisticien...)

- ▶ Rétrocedable/pharmacie de ville
- ▶ Hospitalier
- ▶ Avis pharmacien :
 - ▶ AB temps dépendant ?
 - ▶ AB concentration dépendant ?
 - ▶ Stabilité ?
 - ▶ Solvant ?
 - ▶ Diffuseur ?
 - ▶ Température dépendant ?
 - ▶ Date de début du traitement, durée totale de traitement
 - ▶ Logistique confirmée

Prescripteur

Mode d'administration : adaptée au domicile

- ▶ Mode de perfusion (voie centrale, PiccLine, MidLine, CIP, voie périphérique, SC)
- ▶ Voie IM, PO, locale...
- ▶ Horaires
- ▶ Diffuseur ? Pompe ?
- ▶ Consigne de rinçage...

Prescripteur

Réévaluation à 48/72H

- ▶ Faite avant la sortie :
 - ▶ Modification de traitement ? (justification)
 - ▶ Poursuite du traitement ? Si oui, durée restante
 - ▶ Date de fin de traitement et date de nouvelle réévaluation si modifié

- ▶ Non faite avant la sortie :
 - ▶ À prévoir le
 - ▶ Demande avis infectiologue/référent
 - ▶ Changement de traitement ?
 - ▶ Prévenir les acteurs de terrain
 - ▶ Traitement prolongé ? Jusqu'à ?
 - ▶ Nouvelle réévaluation à prévoir : Date ?

Prescripteur

Surveillance

- ▶ Surveillance clinique particulière ?
- ▶ Surveillance biologique particulière ?
- ▶ Effets secondaires principaux possible ?
- ▶ Dosages d'antibiotiques ?
 - ▶ Fréquence
 - ▶ Transmission au médecin prescripteur

PRÉCONISATIONS : CHECK LIST À ÉVALUER

2-Acteurs de terrain

Evolution sous traitement

- ▶ Guérison
- ▶ Rechute : avis prescripteur/référent
- ▶ Échec : avis prescripteur/référent

Si poursuite du traitement \geq à 7 jours

- ▶ Motif de la prolongation
- ▶ Réévaluation à prévoir le
- ▶ Modification thérapeutique ?
- ▶ Nouvelle réévaluation à prévoir le

Acteurs de terrain

Devenir du dispositif de perfusion

- ▶ Maintien ? (CIP, PiccLine...)
- ▶ Retrait?

Courrier de fin de prise en charge

- ▶ Aux médecins adresseurs
- ▶ Au médecin traitant

Mots clés

- ▶ Prévoir
- ▶ Coordonner / Communiquer
- ▶ **Retours rapides** (consultation, modification de prise en charge et fin de prise en charge)



CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



Outils pratiques et conclusion

Webinaire du Centre Régional d'Antibiothérapie Bourgogne – Franche-Comté

Dr Béatrice Rosolen

le 16/06/26

Outil d'aide à la décision: fiche pratique IV/per os mission nationale SPARES

NOUVEAU



FICHE PRATIQUE VOIE INJECTABLE / PER OS : CHOIX DE LA VOIE D'ADMINISTRATION D'UN ANTI-INFECTIEUX

flashez pour



voir la fiche

Lors de l'initiation ou de la réévaluation du traitement

En établissement de santé, établissement ou service médico-social et à domicile



Un outil SPARES élaboré en collaboration avec le groupe BUA de la SPILF, le groupe Infectiologie de la SFPC et la mission nationale PRIMO.

Version 3 en date du 22/10/2025

Voie Injectable/Per Os : Choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux

Ce document vise à aider au choix de la voie d'administration d'un anti-infectieux, que ce soit lors de l'initiation ou de la réévaluation du traitement, quel que soit le lieu de prise en charge du patient (établissement de santé, ESMS ou domicile). Il présente des principes généraux qui doivent être adaptés à chaque situation clinique particulière.

Figure 1 : Proposition de critères permettant d'envisager la prescription d'une forme orale

De façon générale, que ce soit à l'initiation ou non du traitement anti-infectieux, la réévaluation de la voie d'administration doit se faire quotidiennement.

Sauf exceptions détaillées dans le tableau 1 qui nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, dans tous les autres types d'infections (ex : pneumonie aiguë communautaire, infections urinaires, infections cutanées...), la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (cf. Critères présentés ci-dessous).

1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).
Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable :

- syndrome de malabsorption ;
- diarrhée profuse dans les dernières 24 heures ;
- vomissements répétés dans les dernières 24 heures ;
- troubles de la déglutition, sauf si un dispositif de nutrition entérale est en place et qu'il existe une forme galénique adaptée

OUI, la voie orale est envisageable

4. L'adhésion thérapeutique du patient est-elle bonne ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable.
Si le patient n'est pas en mesure de gérer seul son traitement par voie orale, envisager la mise en place d'un pilulier et/ou l'administration orale par une infirmière.

OUI, la voie orale est envisageable

Remarque générale :

Proposer autant que possible une alerte automatisable dans le logiciel de prescription.

Si le patient n'est pas en sepsis ou en choc septique et qu'il existe au moins un traitement médicamenteux prescrit par voie orale, considérer la possibilité d'un relais oral de l'antibiotique (hormis pour les situations cliniques listées dans le Tableau 1).

Accompagner la sortie d'hospitalisation du patient :
S'assurer de la disponibilité de l'antibiotique et des modalités de dispensation (rétrocession, officine de ville) afin de garantir la continuité des traitements médicamenteux.

quel ATB/cadre nosologique?

IV initial obligatoire?

absorption digestive?

adhésion? compliance?

Tableau 1 : Exemples de situations cliniques nécessitant l'initiation d'une antibiothérapie par voie intraveineuse + conditions pour envisager un relais PO

Dans certaines situations cliniques ou infections, il est recommandé de toujours débiter l'antibiothérapie par voie parentérale, nécessitant un délai avant le relais per os (cf. Détails dans le tableau ci-dessous).

Toutes les situations détaillées dans le tableau ci-dessous nécessitent un avis systématique auprès d'un référent en antibiothérapie, avant un éventuel relais oral. Il est impératif de s'assurer, avec l'expert en antibiothérapie, de l'obtention d'une concentration adéquate de la molécule envisagée, au site de l'infection. En cas d'infection pédiatrique, il faut s'assurer de l'existence d'une forme galénique adéquate.

Dans tous les cas, la documentation du diagnostic précis doit toujours être spécifiée dans le dossier du patient.

Pathologie	Condition pour envisager le relais oral	Délai pour discuter un relais per os*
Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée	Uniquement sur avis spécialisé du référent en antibiothérapie	A partir du 7 ^{ème} jour
Bactériémie sans porte d'entrée identifiée		Pas de recommandation disponible
Bactériémie liée au cathéter		Pas de recommandation disponible
Endocardites		A partir du 10 ^{ème} jour en cas d'ETO récente sans critères de chirurgie et au moins 7 jours post opératoires en cas de remplacement valvulaire
Infection de prothèse vasculaire		A partir du 10 ^{ème} jour
Abscès cérébral		Pas de recommandation disponible
Arthrite septique		Dès que les hémocultures sont stériles et si évolution clinique favorable Si arthrite à CG+** : après exclusion systématique d'une endocardite (même si hémocultures négatives)
Infection de prothèse de hanche et de genou		A partir du 5 ^{ème} jour A partir du 7 ^{ème} jour si bactériémie associée et en l'absence d'endocardite pour les CG+**
Spondylodiscite		A partir du 1 ^{er} jour en l'absence d'une bactériémie et/ou endocardite A partir du 7 ^{ème} jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée en l'absence d'endocardite
Méningite à <i>Listéria</i> , Méningocoque, Pneumocoque		

* Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILF
<https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

** CG+ = Cocci Gram positif fait référence dans les recommandations à :
Staphylococcus spp, *Streptococcus* spp ou *Enterococcus* spp

Pourquoi privilégier la voie orale, quand c'est possible, est important ?

La littérature a démontré plusieurs bénéfices à l'administration orale d'emblée ou au relais de la voie parentérale (IV, IM, SC) vers la voie orale (PO) : réduction des risques liés au cathéter ou à l'injection (notamment le risque d'infection), de la durée d'hospitalisation, augmentation du confort du patient et de sa mobilité, diminution du temps infirmier dédié, réduction du gaspillage de matériel jetable lié à la perfusion et diminution de l'empreinte carbone.

Une étude observationnelle a démontré qu'administrer un antibiotique par voie IV est presque 5 X plus long que par voie PO et 27 X plus coûteux.¹ En effet, le temps moyen infirmier pour une administration PO est largement réduit comparativement à la voie IV (Temps moyen consacré à une prise d'antibiotique : 10,3 min IV versus 2,4 min PO, Temps moyen consacré par jour à un traitement antibiotique : 23,4 min IV versus 5,6 min PO).

ZOOM SUR L'ÉCOPRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES

L'empreinte carbone d'une forme IV (avec le matériel nécessaire à son administration) peut être plus de 10 X supérieure à la voie orale pour une biodisponibilité équivalente.

Pour plus d'information, consulter le guide d'écoprescription :

[Lien vers le guide d'écoprescription](#)



Recommandations générales :

Les équivalences de posologies proposées ici sont valables pour les patients adultes avec une fonction rénale normale (lien vers [GPR](#)), hors poids extrêmes (lien vers [ABxBMI](#)). Elles sont données à titre indicatif et doivent être adaptées au site et à la gravité de l'infection, il est recommandé de se référer au référentiel de l'établissement ou guide de prescription, et/ou aux recommandations actualisées de la

SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

Lien vers Posologies "standard" et "fortes posologies" Recommandations CASFM: Version 2025

Toutes les molécules listées ci-dessous peuvent être envisagées d'emblée par voie orale sous réserve que les critères précédents soient remplis.

Antibiotique – Forme galénique	Biodisponibilité	Équivalence de posologie IV-Voie orale	Commentaires
Amoxicilline gél ou cpr orodispersible	70%	Identique à l'IV	Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 6 à 8 heures. Ne pas dépasser 6 à 9 g par voie orale selon poids et indication, sur avis spécialisé. Si de plus fortes doses sont nécessaires, la voie IV est donc indiquée.
Amoxicilline – Acide clavulanique cpr ou sachet	70%	Identique à l'IV	A prendre de préférence au début des repas. Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 6 à 8 heures. Ne pas dépasser 1200 mg d'acide clavulanique par jour, si besoin ajouter de l'amoxicilline seule.
Clarithromycine cpr	50%	250 mg IV = 500 mg PO	A prendre de préférence pendant les repas
Clindamycine gél	90%	Identique à l'IV	Les gélules doivent être prises entières.
Ciprofloxacine cpr	70-80%	400 mg IV = 500 mg PO	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (2h avant ou au moins 6h après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Delafloxacine cpr	60%	300 mg IV = 450 mg PO	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (2h avant ou au moins 6h après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Doxycycline cpr	90%	Identique à l'IV	A prendre de préférence pendant les repas et au moins 1 h avant le coucher. Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (plus de 2h si possible) des sels de fer et des topiques gastro-intestinaux
Lévofloxacine cpr	100%	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Linézolide cpr	100%	Identique à l'IV	
Métronidazole cpr	100%	Identique à l'IV	A prendre de préférence pendant les repas
Moxifloxacine cpr	100%	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Ofloxacine cpr	98%	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. A prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Ornidazole cpr	90%	Identique à l'IV	
Rifampicine gél	100%	Identique à l'IV	A prendre de préférence > 30 min avant les repas, ou 2h après. Ne pas dépasser 900 mg par prise
Spiramycine cpr	30 à 40%	1.5 MUI IV = 3 MUI PO	A prendre pendant les repas
Sulfaméthoxazole-triméthoprime cpr	90%	Identique à l'IV	A prendre de préférence pendant les repas.



CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté



à venir:

check list

et

kit complet de sortie d'hospitalisation

travail de thèse en cours

le 16/06/26

Avez-vous des questions ?

Journée conjointe Cpias et CRAtb

Le **CPias BFC** et le **CRAtb BFC** organisent, le **24 septembre 2026**, à **TALANT (21)**, la première journée annuelle commune de prévention des infections et du bon usage des antibiotiques




Programme

JOURNÉE DE PRÉVENTION
DES INFECTIONS ET
DU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES
EN ES, EN EMS ET EN VILLE
REGARDS CROISÉS PCI & BUA
PRÉPROGRAMME

**24 SEPTEMBRE
2026**
8H30 - 17H00
L'ÉCRIN
ROND POINT DE L'EUROPE
21 240 TALANT



**SAVE
THE
DATE**

MATIN

PROGRAMME PAPRICA

PRÉVENTION DES IAS ET LUTTE CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE : REPRÉSENTATIONS ET BESOINS DES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS

ARTICULATION EMA/IMH : DES EXEMPLES QUI MARCHENT EN RÉGION ÎLE DE FRANCE : LES DÉTERMINANTS DE LA RÉUSSITE

PCI & BUA TOGETHER : ORGANISATION DE LA REPONSE SUR LES 3 SECTEURS DE L'OFFRE EN BFC

APRÈS-MIDI

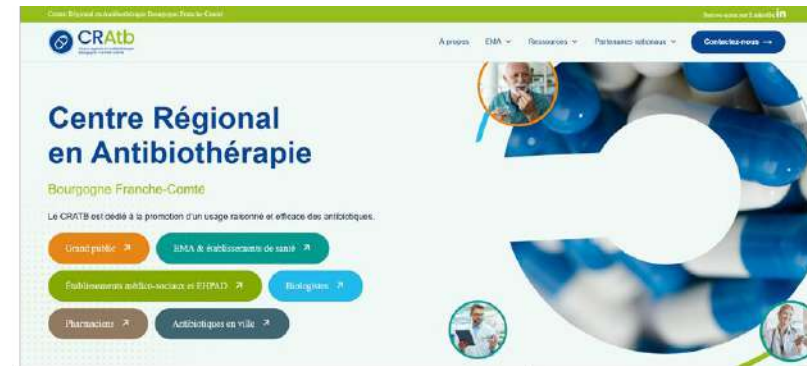
PRÉVENTION/CONTRÔLE DES INFECTIONS URINAIRES

- POIDS DES IU : POINT DE VUE DE L'UROLOGIE
- BU & TROD : QU, QUAND, COMMENT : POINT DE VUE DU PHARMACIEN D'OFFICINE
- ECBU - QU, QUAND, COMMENT : POINT DE VUE DU MICROBIOLOGISTE
- PRÉVENTION DES IU : LES OUTILS MOBILISABLES & LES ACTIONS EN RÉGION

PRÉVENTION/CONTRÔLE DES INFECTIONS LIÉES AUX CATHÉTERS (VVC, VP, SS-CUT)

- POIDS DES ILA
- URGENCE : POINT DE VUE DU CLINICIEN
- VENCULTURE : QU, QUAND, COMMENT : POINT DE VUE DU MICROBIOLOGISTE
- PRÉVENTION : LES OUTILS MOBILISABLES & LES ACTIONS EN RÉGION





<https://cratb-bfc.fr/>



Merci pour votre attention.

Page LinkedIn



Tél. 03.80.48.72.61

Mail

Centre antibiotherapie bfc@chu-dijon.fr

Votre avis nous intéresse!

2 minutes suffisent



Anonyme et confidentiel



CRAtb

Centre régional en antibiothérapie
Bourgogne-Franche-Comté

<https://forms.gle/AMNfoNMJQoN4r2no8>

