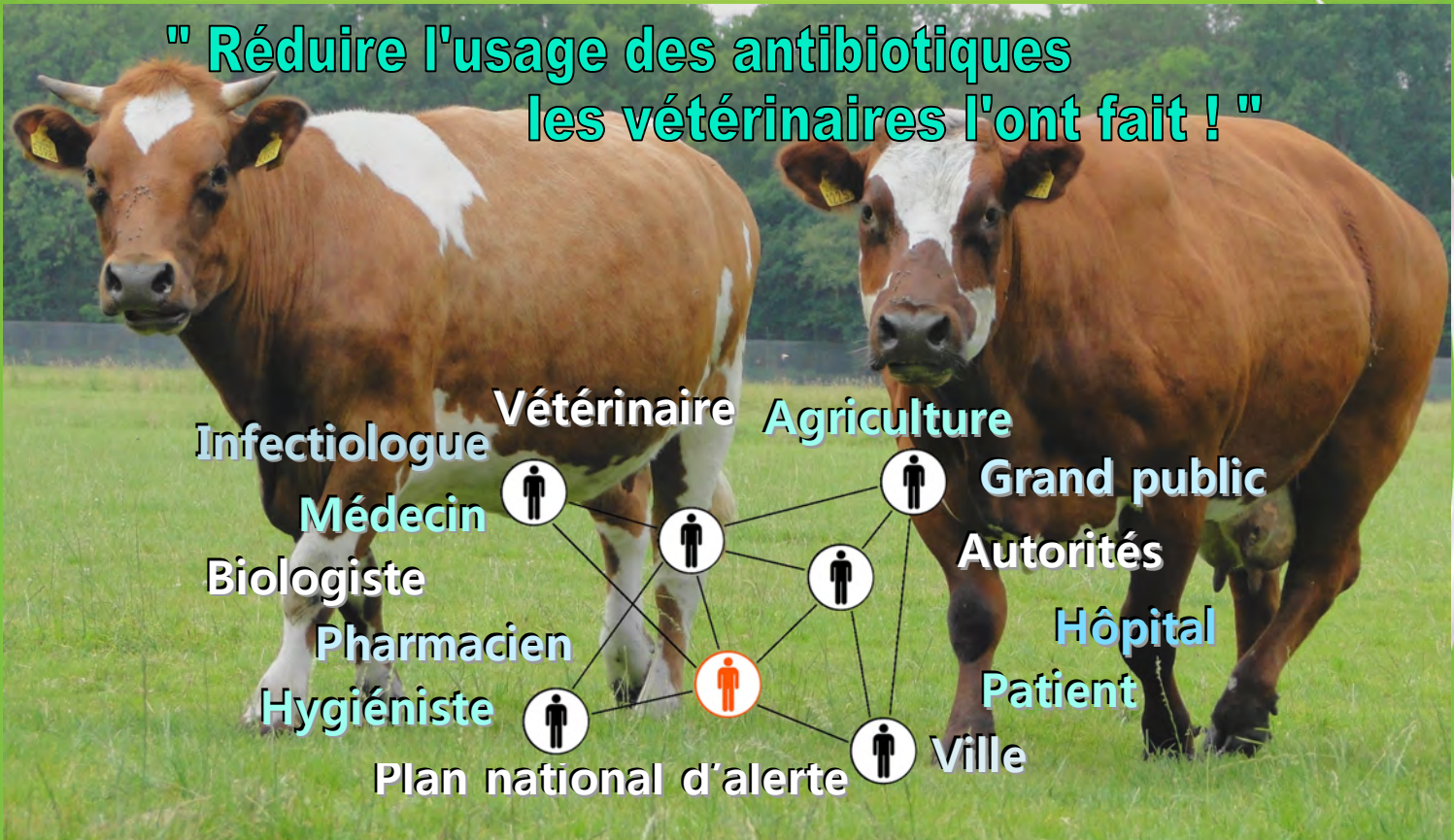


## Lettre d'Information

sur l'infectiologie, l'organisation du bon usage des anti-infectieux et l'hygiène

**" Réduire l'usage des antibiotiques  
les vétérinaires l'ont fait ! "**



### SOMMAIRE

- Nouvelles de l'ECCMID et des JNI 2015.** F. Lieutier-Colas, Pôle Pharmacie, CHU de Nice, B. Bertrand, Pharmacie, CH de Grasse 2
- VACCINATIONS des patients traités par immunosuppresseurs, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto immune ou inflammatoire chronique.** A. Naqvi et F. De Salvador, Infectiologie, CHU de Nice 4
- Audit de réévaluation Antibiotique en SSR.** P. Etienne, L. Bardagi et C. Lebrun, Pôle gériatrique, Mar Vivo 6
- La daptomycine : caractéristiques PK/PD et optimisation de posologie.** R. Garraffo, Pharmacologie et Toxicologie, CHU de Nice 8
- Quoi de neuf en région ?** 9
- Création du Groupe Pharmaciens du Réso Infectio. B. Bertrand, Pharmacie, CH de Grasse, F. Lieutier-Colas et D. Viard, Pôle Pharmacie, CHU de Nice
- RCP Infections Ostéo-Articulaires au CH Hyères. C. Foucault et S. Chadapaud, Service de médecine Pluridisciplinaire Ouest, CH Hyères

# Nouvelles de l'ECCMID (European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) et des JNI (Journées Nationales d'Infectiologie) 2015

Florence Lieutier-Colas<sup>1</sup>, Benjamin Bertrand<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pôle Pharmacie, CHU de Nice, <sup>2</sup>Pharmacie, CH de Grasse

La progression des résistances bactériennes en Europe, et notamment des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) et de carbapénémases (EPC) a été largement discutée. La résistance de *E. coli* atteint 51,9% pour les fluoroquinolones à Chypre (résistance moyenne en Europe 22,5%) et un maximum de 39,6% pour les C3G en Bulgarie (ECDC, 2014, Fig 1a et 1b).

Figure 3.1. *Escherichia coli*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to fluoroquinolones, by country, EU/EEA countries, 2013

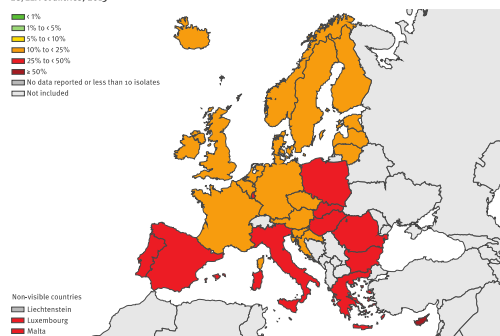
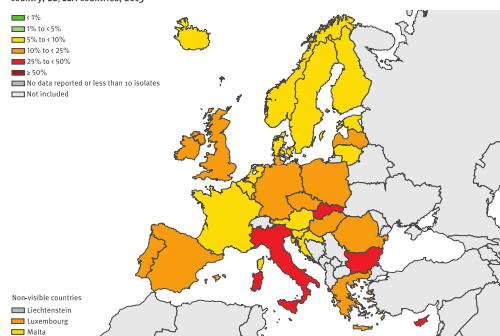


Figure 3.2. *Escherichia coli*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to third-generation cephalosporins, by country, EU/EEA countries, 2013



**Figures 1a et 1b** : Taux de résistance de *E. coli* aux fluoroquinolones (a) et aux C3G (b) en 2013.

La résistance aux carbapénèmes parmi *Klebsiella pneumoniae* progresse également atteignant 8,3% en moyenne en Europe en 2013 (entre 0% et 59,4% en Grèce)(ECDC, 2014, Fig 2).

L'impact des consommations antibiotiques sur l'évolution des résistances bactériennes a été illustré une fois encore dans un travail anglais.

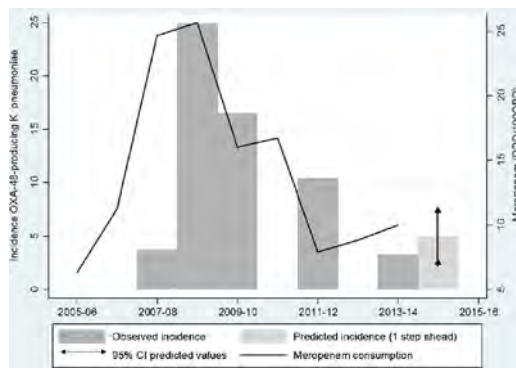
Figure 3.3. *Klebsiella pneumoniae*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to carbapenems, by country, EU/EEA countries, 2013



**Figure 2** : Taux de résistance de *K. pneumoniae* aux carbapénèmes.

L'objectif de cette étude était d'analyser l'incidence de la résistance aux carbapénèmes (CP) selon les consommations d'antibiotiques et d'évaluer l'impact d'une équipe interventionnelle en infectiologie (EOI) sur la maîtrise des consommations. Ainsi, l'utilisation du mérépénème est fortement corrélée à l'incidence des *KP* oxa-48, EPC ( $r = 0,71$  ;  $p = 0,005$ ). Alors que la consommation en mérépénème avait fortement augmenté durant les 4 années précédant l'épidémie de *KP* oxa-48 – 2008 à 2010-, l'intervention menée par l'EOI durant l'épidémie permettait de réduire la consommation en mérépénème, la consommation globale en antibiotiques, avec en parallèle une augmentation significative en amikacine. Les auteurs concluent sur l'utilité de surveiller régulièrement les consommations antibiotiques, afin d'anticiper l'augmentation d'incidence des EPC (Gharbi M, *in press* ; Fig 3). D'après nos données ConsoRes, les consommations en carbapénèmes restent stables au CHU de Nice (entre 10 et 17 DDJ/1000 JH entre 2011 et 2014), tout comme au CH de Grasse (< 5 DDJ/1000JH depuis 2012).





**Figure 3 :** Comparaison de l'incidence des *K. pneumoniae* OXA-48 (histogrammes gris foncés) et des consommations de mérépénème (ligne continue). Prédiction de l'incidence (histogramme gris clair) selon les consommations de l'année.

Il est alors important d'épargner les carbapénèmes, afin de conserver des taux d'incidence faible en EPC en Europe. Parmi les alternatives proposées, la témocilline pourrait être utile dans les infections urinaires compliquées à EBLSE. D'après l'expérience belge, d'autres sites infectés à EBLSE pourraient être traités par la témocilline, mais ces indications restent à valider dans le cadre d'études contrôlées.

En France, les derniers résultats des enquêtes nationales SPA (Surveillance des Prescriptions Antibiotiques) ont été présentés (Alfandari, 2015) : C3G et fluroroquinolones toujours sur le podium des classes les plus prescrites, posologies des aminosides utilisées un peu faible, pas d'explosion des prescriptions des carbapénèmes, prise en charge des bactériémies plutôt correcte, et des organisations globalement correctes, mais souvent un manque de temps référent.

Par ailleurs, l'importance de différentes actions a été rappelée :

- Améliorer la couverture vaccinale parmi les patients, mais aussi parmi le personnel soignant. Un rapport publié par le CDC montre une couverture vaccinale contre la grippe parmi le personnel soignant aux USA de 75,2% pour la saison 2013-14 (CDCP, 2014). Il me semble que nous en sommes loin...
- Continuer à sensibiliser les médecins généralistes, mais aussi les

médecins hospitaliers juniors et seniors, et informer le grand public sur le problème majeur de l'antibiorésistance ;

- Coté prévention de la transmission, la protection des rapports sexuels semble un facteur protecteur du portage d'EBLSE comme des IST (Mondain, 2015) ;
- L'efficacité des rendus d'antibiogrammes ciblés, afin de prescrire de manière plus conforme aux recommandations (Coupat, 2013) ;
- Une bonne nouvelle : les actions menées dans le domaine de l'Agriculture ont permis de réduire les ventes d'antibiotiques chez les animaux de près de 15% en Europe entre 2010 et 2012, entre 0,4 et 49% selon les 18 pays européens impliqués (- 22% en France)(EMA, 2015).

Pour conclure, les EPC font encore partie des bactéries émergentes en France (< 1% des *K pneumoniae*). Il est donc nécessaire de poursuivre nos efforts d'amélioration de la prescription antibiotique et de respect des règles d'hygiène hospitalière.

## Références

Alfandari S *et al.* SPA-BACT : prise en charge des bactériémies. Résultats préliminaires de l'enquête SPA (SPILF-ONERBA) 2014. MMI, Juin 2015 ; 45 (1) : 22.

CDCP (Centers for Disease Control and Prevention). Morbidity and mortality weekly report. Influenza vaccination coverage among health care personnel – United States, 2013-14 Influenza season. September 19, 2014.

Coupat C *et al.* Selective reporting of antibiotic susceptibility data improves the appropriateness on intended antibiotic prescriptions in urinary tract infections: a case-vignette randomised study. *Eur J Clin Microbiol Inf Dis* 2013; 32: 627-36.

ECDC. Surveillance report. Antimicrobial resistance surveillance in Europe, 2013. European Centre for Disease Prevention and Control, 2014, 211p.

European Medicines Agency. Sales of veterinary antimicrobial agents in 26 EU/EEA countries in 2012. Oct 2014;128p.

Gharbi M *et al.* Forecasting carbapenem resistance from antimicrobial consumption surveillance : lessons learnt from OXA-48-producing *Klebsiella pneumoniae* outbreak in a West London renal unit. *Int J Antimicrobiol Agents* 2015. *In press.*

Mondain V *et al.* Etude du portage d'EBLSE chez les patients séropositifs pour le VIH homo ou bisexuels (MSM). Y a-t-il un lien entre les infections sexuellement transmissibles ? MMI, Juin 2015 ; 45 (1) : 22.

# VACCINATIONS des patients traités par immunosuppresseurs, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto immune ou inflammatoire chronique

Alissa Naqvi<sup>1</sup>, Francine De Salvador<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Infectiologie, CHU de Nice

## Recommandations générales

Les vaccins recommandés pour les patients traités par immunosuppresseurs, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique sont les vaccins du Calendrier vaccinal.

Certaines vaccinations sont particulièrement indiquées pour les patients traités par immunosuppresseurs, biothérapie et/ou corticothérapie :

- la vaccination antigrippale annuelle par le vaccin inactivé,
- la vaccination contre les infections invasives à pneumocoque.

Intégrer systématiquement une rubrique "Gestion des vaccinations" dans la prise en charge des patients traités par immunosuppresseurs, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique :

- vérifier systématiquement le carnet de vaccination et effectuer les mises à jour nécessaires.
- ne pas hésiter à vacciner le plus tôt possible dans la prise en charge.
- vacciner dans le cadre des recommandations émises par les autorités de santé : calendrier vaccinal en vigueur, recommandations aux voyageurs et vaccinations professionnelles le cas échéant.

Avant de vacciner :

- vérifier la tolérance des vaccinations antérieurement reçues,
- informer le patient et recueillir son consentement.

Après la vaccination :

- maintenir le suivi habituel de la maladie,

- penser à déclarer aux services de pharmacovigilance toute suspicion d'effet indésirable grave ou inattendu.

ATTENTION, les vaccins vivants sont contre-indiqués en cas de traitement par biothérapie, ou immunosuppresseurs.

Concernant la corticothérapie, la dose et la durée au-delà desquelles l'administration d'un vaccin vivant est contre indiquée (corticothérapie immunosuppressive) sont les suivantes :

- chez l'adulte : 10 mg d'équivalent-prednisone par jour, depuis plus de deux semaines.
- chez l'enfant : 2 mg/kg d'équivalent-prednisone par jour - et au-delà de 20 mg par jour chez les enfants de plus de 10 kg -, depuis plus de deux semaines.
- les « bolus » de corticoïdes contre-indiquent l'administration d'un vaccin vivant durant les trois mois qui suivent.

Un délai doit être respecté entre l'administration d'un vaccin vivant et l'administration d'un produit sanguin (produit labile ou immunoglobulines intraveineuses), afin de ne pas inactiver le vaccin par les immunoglobulines présentes dans le produit sanguin :

- si le vaccin est administré en premier : attendre deux semaines pour administrer le produit sanguin,
- si le produit sanguin est administré en premier : le délai à respecter varie selon le type de produit sanguin (au minimum 3 mois).

## Recommandations spécifiques

Au moins deux semaines avant d'instaurer le traitement par biothérapie, proposer une vaccination qui ne serait plus possible une fois le traitement immunodépresseur instauré :

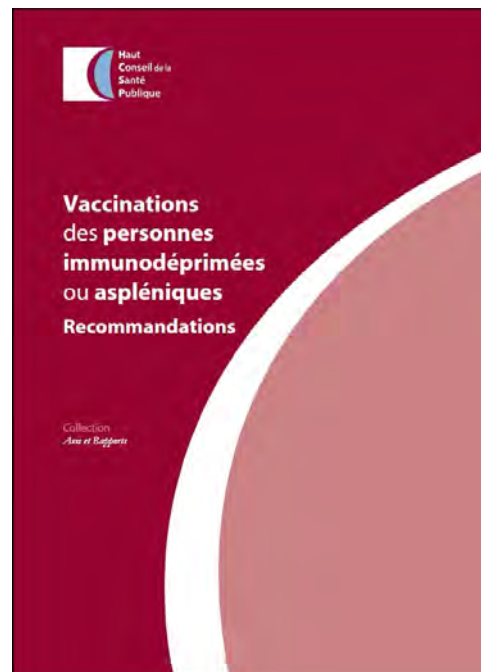
- mettre à jour la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole,
- envisager la vaccination contre la fièvre jaune pour les sujets susceptibles de voyager ultérieurement en zone d'endémie.

Après l'arrêt d'un traitement immunosuppresseur, d'une biothérapie ou d'une corticothérapie à dose immunosuppressive, le délai à respecter pour l'administration d'un vaccin vivant est variable : il est au minimum de trois mois (six mois après un traitement par rituximab).

## Document de référence

Vaccination des personnes immunodéprimées ou aspléniques, Recommandations du Haut Conseil de Santé Publique, 12 juillet 2012

➔ récapitulatif : tableau 5, page 67



Hôtel Belles Rives, Juan les Pins, 6 mai 2015

Après la 10<sup>ème</sup> Journée Thématique du Réso Infectio PACA-Est « Ressources Biologiques en Infectiologie » qui s'est déroulée en mai, nous vous annonçons la prochaine soirée thématique le mardi 29 septembre à 19h, à l'hôtel Boscolo à Nice :

## « Les vaccinations chez l'adulte »

Plus d'informations sur le [site internet](#)

## SAVE THE DATE

Soirée thématique

Les vaccinations chez l'adulte

Mardi 29 Septembre 2015 à 19h00 - La Terrasse du Plaza, Hôtel Boscolo à Nice





# Audit de Réévaluation Antibiotique en SSR

Patricia Etienne<sup>1</sup>, Luc Bardagi<sup>1</sup>, Caroline Lebrun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pôle gériatrique, Mar Vivo

## Introduction

La maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques est une priorité nationale faisant l'objet d'un 3<sup>ème</sup> Plan National Antibiotique. Un axe constant de la politique du Bon Usage des Antibiotiques est de s'assurer que les patients recevant des antibiotiques bénéficient à 48-72 h d'une réévaluation thérapeutique. Ce paramètre est ainsi constitutif de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB-2). Nous rapportons ici une étude sur la réévaluation antibiotique en Centre de Soins de Suite et Rééducation (SSR).

## Méthode

Il s'agit d'un audit prospectif de toutes les prescriptions d'antibiothérapies curatives prescrites au sein d'un Pôle gériatrique comprenant un Centre de Soins de Suite et Rééducation (SSR) de 147 lits et une Unité de Soins Longue Durée de 40 lits. Un consensus d'antibiothérapie interne avait été établi préalablement à l'audit. La réévaluation antibiotique avait fait l'objet d'une formation auprès des prescripteurs. Chaque prescription antibiotique amenait à l'utilisation d'une « étiquette antibiotique » où la réévaluation était guidée (Tableau 2), à coller dans le dossier clinique du patient sous format papier. L'objectif de l'audit est d'évaluer la proportion d'antibiothérapie effectivement réévaluée à 48-72 heures par le biais d'un audit en 2 tours (Octobre 2014 puis Février 2015) avec un retour d'informations aux prescripteurs de l'audit initial. La grille d'analyse est celle utilisée lors d'une EPP réalisée par le Réseau MedQual (Tableau 1).

1. Le diagnostic d'une infection présumée bactérienne est-il noté dans le dossier du service initiateur de la prescription ou ses transmissions ?

2. Un prélèvement à visée bactériologique (en lien avec l'infection) a-t-il été réalisé avant la mise sous antibiotique ?

3. Une évaluation de l'antibiothérapie est-elle mentionnée dans le DC entre 48 et 72 heures ?

4. La décision d'arrêt ou de poursuite du traitement à la suite de cette évaluation est consignée dans le dossier ?

5. Le(s) résultat(s) d'examen(s) microbiologique(s) spécifique(s) de l'infection étaient-ils disponibles dans le dossier à 72 heures ?

6. Est-ce qu'un ajustement de l'antibiothérapie à l'antibiogramme a été réalisé ? (arrêt, désescalade, prise en compte d'une résistance)

7. Est-ce qu'un relais oral était possible et réalisé ?

8. Si la poursuite de l'antibiothérapie était décidée, la durée prévisionnelle de l'antibiothérapie était-elle précisée ?

9. Une association de plusieurs antibiotiques est-elle maintenue plus de 3 jours avec justification dans le dossier ?

10. La prise en charge de l'infection respecte-t-elle le référentiel de l'infection traitée ?

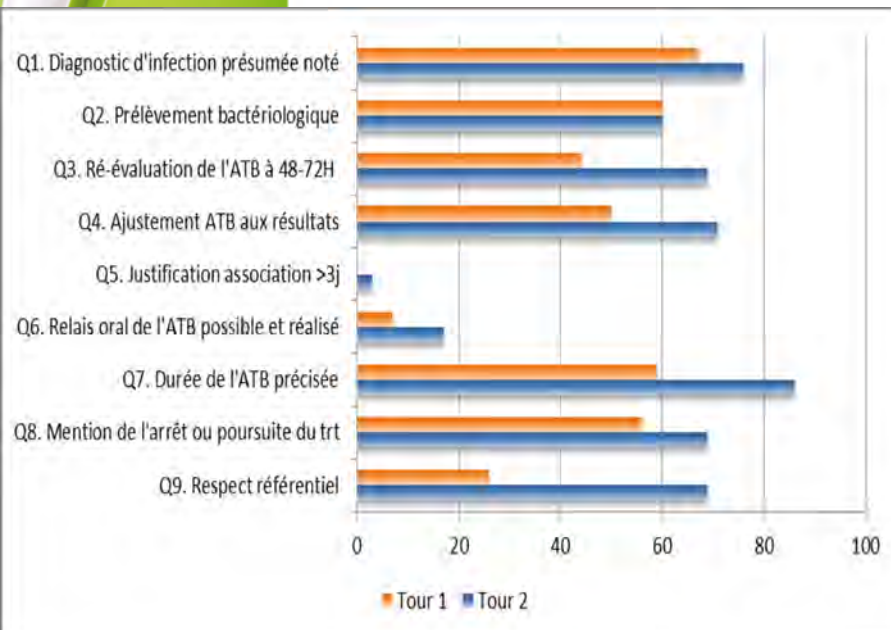
**Tableau 1 :** Grille d'audit (EPP du Réseau Medqual)

ANTIBIOTHERAPIE (ATB) : Date début / /	
<b>Diagnostic initial :</b>  Molécule (posologie, rythme, durée prévue) :	Prescription <input type="checkbox"/> Probabiliste <input type="checkbox"/> Documentée →
REEVALUATION : Date / /	
<b>Réévaluation du Diagnostic:</b>  Critères cliniques  Critères microbiologiques	<b>ATB :</b> <input type="checkbox"/> Pas de modification <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Modification :  Simplification (s) <input type="checkbox"/> d'une bithérapie à une monothérapie <input type="checkbox"/> spectre plus étroit <input type="checkbox"/> voie parentérale à voie orale <input type="checkbox"/> moins coûteux

**Tableau 2 :** Modèle de l'étiquette antibiotique à coller dans le dossier clinique du patient pour toute antibiothérapie prescrite (modèle lors du premier tour)

## Résultats

Les 2 tours d'audit ont permis d'inclure respectivement 27 et 29 antibiothérapies curatives. Sur la totalité des antibiothérapies prescrites (56), l'étiquette était utilisée dans 96% des cas. Lors du premier tour, le référentiel n'était pas respecté dans 74%, et moins de 50% des réévaluations antibiotiques étaient tracées dans les dossiers médicaux. Lorsque des données microbiologiques étaient disponibles, l'adaptation antibiotique était réalisée dans 50% des cas. Une infection présumée bactérienne était mentionnée dans 67% des cas. Dans les autres cas, les prescripteurs n'avaient pas justifié l'antibiothérapie, ou simplement en énonçant un symptôme



**Graphique 1 :** Résultats d'une Séquence Audit Réévaluation de l'antibiothérapie. Retour d'information après répétition d'audit

et non un diagnostic (« toux », « ronchi », « dyspnée », « expectoration mucopurulente », « brûlures urinaires », « température »). Aucun de ces cas ne faisait l'objet d'une réévaluation antibiotique. Le rendu des résultats s'est accompagné d'une modification de l'étiquette qui demandait la justification de prescription initiale par « une infection présumée bactérienne », et qui interrogeait le prescripteur lors de la réévaluation sur la toxicité, le spectre, l'adaptation aux données microbiologiques, la justification de la durée choisie.

Le deuxième tour montrait le respect des consensus antibiotiques pour 90% des prescriptions et une amélioration de la réévaluation et de sa traçabilité à 69%. Néanmoins près de 30% des antibiothérapies restaient sans diagnostic précis. Bien plus, moins de 10% des réévaluations antibiotiques ont abouti à une modification thérapeutique et aucune à l'arrêt de traitement.

## Discussion

L'utilisation d'un outil tel que l'étiquette antibiotique dans le dossier papier (ou la fenêtre automatique dans le dossier informatisé) n'est pas suffisante pour l'optimisation de la réévaluation antibiotique, puisque malgré sa large utilisation (96%) la réévaluation était effective dans moins de la moitié des cas. La technique d'audit avec retour rapide d'informations aux praticiens permet une amélioration du respect des consensus thérapeutiques et une meilleure traçabilité de la réévaluation (+19%). Cependant, bien qu'il soit attendu de meilleurs résultats au 2<sup>ème</sup> tour, une part significative des antibiothérapies restait prescrite sans justification d'une infection bactérienne présumée. De fait, ces antibiothérapies étaient suivies d'une moins bonne réévaluation. Il est vraisemblable que le mésusage antibiotique fasse intervenir des schémas de prescription qui rendent difficile la réévaluation à 48/72 heures.

# La daptomycine : caractéristiques PK/PD et optimisation de posologie

Rodolphe Garraffo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pharmacologie et Toxicologie, CHU de Nice

**Qu'est-ce que la daptomycine ?** Il s'agit d'un antibiotique lipopeptidique actif sur les cocci gram+ multirésistants y compris les SARM, les entérocoques même Vanco-R et les staphylocoques coagulase négative, ce qui lui confère une place particulière dans l'arsenal antibiotique.

**Quelles sont ses propriétés pharmacocinétiques ?** Son administration se fait par voie IV, en perfusions de 30 min, en dose unique journalière. Sa liaison aux protéines plasmatiques est de l'ordre de 92 % en relation avec son faible volume de distribution (7L). Non métabolisée, elle n'est pas concernée par les d'interactions médicamenteuses. Son élimination rénale nécessite une adaptation de posologie chez l'insuffisant rénal. Sa pharmacocinétique est linéaire, l'exposition des patients peut-être diminuée dans les infections sévères, ce qui est un des éléments pouvant justifier l'augmentation éventuelle de la posologie.

**Quelles sont ses propriétés pharmacodynamiques ?** Il s'agit d'un antibiotique présentant une bactéricidie dose-dépendante rapide et un effet post-antibiotique significatif, ce qui permet une administration par dose unique journalière. Cette bactéricidie n'est pas réduite pour les bactéries en phase stationnaire ou en présence de biofilm. Le paramètre PK/PD<sup>(1)</sup> le plus prédictif de l'efficacité thérapeutique est le rapport  $AUC_{libre}/CMI^{(2)}$  qui, lorsqu'il atteint la valeur de 189 assure la bactéricidie la plus élevée, quelle que soit la souche bactérienne. En général cet objectif est obtenu aux posologies usuelles chez environ 90% des patients pour des bactéries dont la CMI se situe entre 0,006 et 2,0 µg/mL.

**Quelle posologie ?** L'AMM actuelle conseille 4 à 6 mg/kg. Cependant le recours à des posologies plus élevées de 8 à 10 mg/kg en une perfusion de 30 minutes est régulier, sous surveillance des CPK, afin d'améliorer l'efficacité et prévenir la résistance, dans le contexte d'infections sévères. L'expérience clinique montre une bonne tolérance des posologies élevées, mais aucune étude comparative ne vient documenter leur bénéfice. Ce qui apparaît clairement c'est que l'association à d'autres antibiotiques améliore la situation.

**Faut-il un suivi thérapeutique pharmacologique ?** Dans la mesure où les posologies usuelles permettent d'atteindre la cible PK/PD (AUC) chez une majorité de patients, sa pratique en routine ne semble pas indispensable. Cependant les infections sévères, les patients neutropéniques ou insuffisants rénaux pour lesquels l'exposition à l'antibiotique est modifiée tireront avantage évident d'un suivi thérapeutique pharmacologique.

## Références

He, W., Zhang, Y., Chen, H., Zhao, C., & Wang, H. (2014). Efficacy and safety of daptomycin for the treatment of infectious disease : a meta-analysis based on randomized controlled trials. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 69, 3181–3189

## Légende

(1) PK/PD = Relations entre pharmacocinétique et pharmacodynamie

(2)  $AUC_{libre}/CMI$  : aire sous courbe de la daptomycine libre(mesurée sur 24h) /CMI



## Quoi de neuf en région ?

### Création du Groupe Pharmaciens du Reso Infectio

Benjamin Bertrand<sup>1</sup>, Delphine Viard<sup>2</sup>, Florence Lieutier-Colas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pharmacie, CH de Grasse, <sup>2</sup>Pôle Pharmacie, CHU de Nice

Afin de promouvoir et renforcer la politique du bon usage des antibiotiques, un Groupe de Travail Pharmaciens a été créé en octobre 2014 au sein du Réso Infectio et [présenté aux JNi 2015](#). Il travaille sur des thématiques de pharmacie hospitalière afin de mutualiser et d'harmoniser nos pratiques. Les travaux se basent sur la synthèse de la bibliographie et des travaux déjà validés dans les établissements participant au réseau. Les documents produits sont ensuite validés par une équipe pluridisciplinaire d'experts, au nom du réseau, et mis à disposition sur le site internet.

Les travaux déjà validés concernent le bon usage des aminosides et de la vancomycine, une liste uniformisée des antibiotiques à dispensation contrôlée, et un dispositif de suivi et de comparaison des consommations d'antibiotiques à l'aide de Consores. Des travaux en cours concernent les modalités optimisées d'administration des antibiotiques et un audit commun et simultané de bon usage des carbapénèmes.

Six mois de travail en groupe restreint ont permis de créer le groupe (F. Lieutier et D. Viard (CHU Nice), C. Dechamp et A.-C. Lombardo (CH Antibes), M. Agullo (CH Cannes), C. Labat (CH Draguignan) et B. Bertrand (CH Grasse). Nous souhaitons maintenant accueillir tous les pharmaciens volontaires du réseau.

#### Contact :

Benjamin Bertrand  
Pharmacie, CH Grasse  
Tel : 04 93 09 54 28  
Mail : [benjamin.bertrand@gmail.com](mailto:benjamin.bertrand@gmail.com)

### RCP Infections Ostéo-articulaires au CH Hyères

Cédric Foucault<sup>1</sup>, Stéphane Chadapaud<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Médecine Pluridisciplinaire Ouest, CH Hyères

Les infections ostéo-articulaires (IOA) nécessitent une prise en charge complexe faisant l'objet d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire selon les recommandations françaises de 2009. Depuis Janvier 2015, des RCP IOA sont organisées une fois par mois dans le Var à l'initiative des infectiologues du CH Hyères. Sont conviés les chirurgiens orthopédistes, microbiologistes, rééducateurs, infectiologues et tout autre professionnel de santé du territoire intervenant dans la prise en charge des IOA.

Ces réunions ont été mises en place avec l'accord du CRIOAC de Marseille (Pr. Stein), et avec la participation effective du centre correspondant de Nice en la présence du Pr. Roger. Ces réunions ont vocation à rester locales et présentent l'intérêt de proposer aux professionnels de santé du vaste territoire varois un avis multidisciplinaire par les acteurs de terrain et pour nos patients.

Lors de chaque réunion, les dossiers d'IOA complexes sont discutés. Des propositions de stratégie médico-chirurgicale sont discutées de manière pluridisciplinaire. Un retour d'information est réalisé après chaque réunion par le biais d'un compte rendu de RCP. Afin d'harmoniser nos pratiques, une fiche RCP commune a été discutée et validée. Elle est utilisée en routine pour valider les décisions et assurer la traçabilité. Un kit de prélèvement microbiologique commun est également en cours de mise en place.

**Prochaine RCP** : 21/09/15 de 18 à 20h.

**Contact** : Cédric Foucault. Service de médecine Pluridisciplinaire Ouest, CH Hyères. Tel : 04 94 00 27 89  
Mail : [foucaultfac@yahoo.fr](mailto:foucaultfac@yahoo.fr)

## Etablissements de santé participant au journal INFOH

Ajaccio CH  
Antibes CH  
ARS PACA  
Laboratoire BIOESTEREL  
Cannes CH  
Cagnes sur mer Polyclinique St Jean  
Draguignan CH Dracénie  
Fréjus St Raphael CH  
Grasse CH  
Hyères CH  
Institut IM2S  
Laboratoire BIOTOP  
Laboratoire LABAZUR  
Monaco CH Princesse GRACE  
Mougins Clinique Arnault Tzanck (Plein Ciel, Espérance et Saint Basile)  
Nice CAL  
Nice CHU  
Nice Fondation Lentral  
Nice Clinique Les Sources  
Nice St George  
Ollioules Polyclinique les Fleurs  
Saint Laurent du Var Institut Arnault Tzanck  
Saint Tropez CH  
Seyne sur Mer Clinique du cap d'Or  
Seyne sur Mer Institut Médicalisé de Mar Vivo  
Toulon Clinique Saint Michel  
Toulon Clinique Saint Vincent  
Vallauris Centre Hélio Marin  
Vallauris USLD EHPAD Centre de long séjour  
Vence Maison du mineur

**L'Ours. INFOH** est un journal semestriel régional pluridisciplinaire d'informations sur l'INfectiologie, l'Organisation du bon usage des antibiotiques et l'Hygiène, piloté par le réseau d'Infectiologie ResoInfectio PACA Est. Le réseau d'Hygiène AZUR CLIN est partenaire privilégié. **Rédactrice en chef** : F. Lieutier-Colas. **Comité de rédaction** : Hygiène : T Fosse, O. Keita-Perse, N Negrin ; Infectiologie: E Demonchy, L Gastaud, V Mondain, PM. Roger, M Vassalo ; Microbiologie : V Blanc ; S Leotard, D Neri, L Prots, R Ruimy, A Smets, E Ughetto; Pharmacie : B Bertrand, C Boronad, F Lieutier-Colas, D Viard; Pharmacologie : R. Garraffo; Pédiatrie : H Haas et Parasito-Mycolologie : L Hasseine. **Comité de lecture** : B Bertrand, E Demonchy, T. Fosse, O Keita-Perse, V Mondain, L Prots, PM Roger, R Ruimy, D Viard. **Equipe de rédaction** : B Bertrand, F Lieutier-Colas. **Illustration** page de couverture : D Viard. **Support Communication et outils informatiques** : P Fontana, M Rajzman, Direction de la communication du CHU de Nice. **Contact** : [lieutier.f@chu-nice.fr](mailto:lieutier.f@chu-nice.fr)



