

Quizz bon usage des antibiotiques en EHPAD 2018

Lors de la journée nationale du bon usage des antibiotiques 2017, le CPIAS Occitanie a choisi d'en assurer la promotion en organisant un quizz régional destiné aux professionnels médicaux et paramédicaux des établissements de santé. En 2018, cet audit a été proposé aux EHPAD de la région Occitanie.

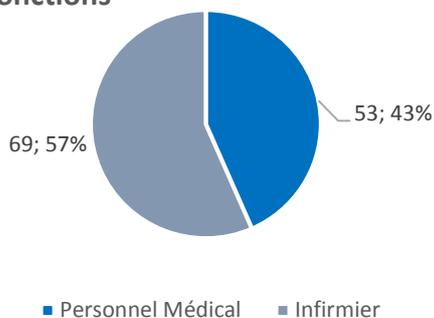
Le questionnaire, initialement élaboré par le service de maladies infectieuses du CH de Perpignan, est composé de 10 items à réponses « Vrai » ou « Faux » sur le bon usage des antibiotiques. Il a été proposé aux médecins coordonnateurs et aux IDEC de chaque établissement, chargés de la diffusion en interne de ce quizz. Présenté sur un formulaire Google drive, il était accessible via un lien du 14 au 30 novembre 2018. Afin de permettre une exploitation optimale, les répondants ont renseigné au préalable, le nom de leur établissement, leur secteur d'activité et leur fonction.

Les réponses ont ensuite été extraites sur tableur Excel, permettant l'automatisation de la présentation des résultats (tableaux et graphiques).

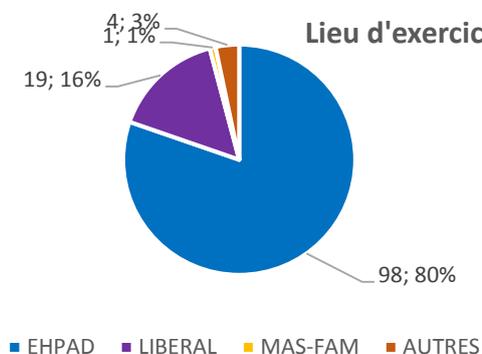
Seuls 55 EHPAD (sur 842 sollicités), et 122 professionnels de santé ont participé, dont 57 % sont des IDE et 43 % des médecins. Parmi les 53 médecins, 19 exercent en libéral (soit 35 % des médecins participants).

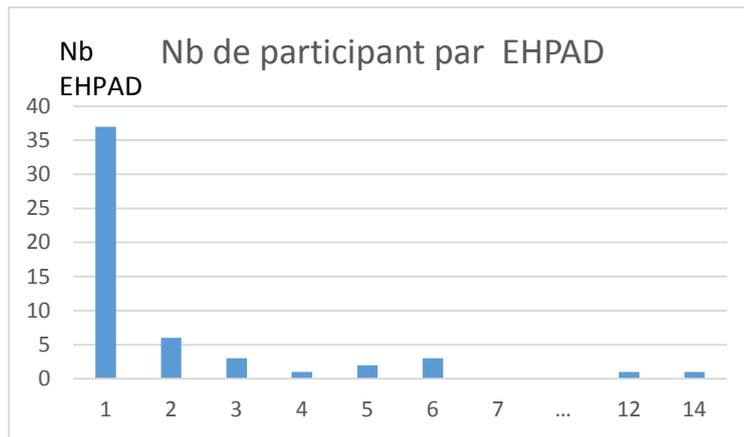
Un seul répondant a été enregistré pour 37 des 55 Ehpads.

Fonctions



Lieu d'exercice





Nb Participants

Les items proposés, à réponse vrai / faux, étaient :

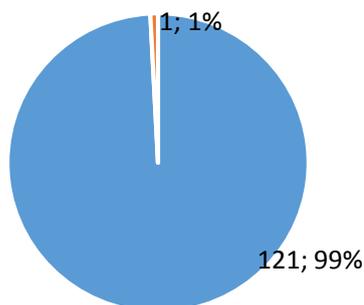
- Les antibiotiques peuvent favoriser la diarrhée.
- Une escarre avec écoulement purulent et de la fièvre sont une indication suffisante pour prescrire un antibiotique.
- La friction des mains avec un produit hydro-alcoolique diminue le risque de transmission des Bactéries Multi-Résistantes.
- Un encombrement bronchique fébrile chez un patient âgé est une indication formelle de mise sous antibiotique.
- La vaccination antigrippale diminue la consommation d'antibiotiques.
- En cas d'urines troubles il faut systématiquement réaliser une bandelette urinaire.
- Urines troubles et ECBU positif indiquent la mise sous antibiotiques.
- La consommation d'antibiotiques en France est stable et parmi les plus élevées d'Europe.
- 10 % des souches d'*E. coli* sont multirésistantes (BLSE).
- Une CRP au-delà de 100 mg/l impose une antibiothérapie.

Les résultats sont présentés dans ce rapport avec l'argumentaire de la bonne réponse

Légende graphes : ■ réponse exacte
 ■ réponse fausse

1. Les antibiotiques peuvent favoriser la diarrhée.

VRAI : La diarrhée est un effet indésirable fréquent. Le plus souvent l'arrêt de l'antibiothérapie permet sa résolution.

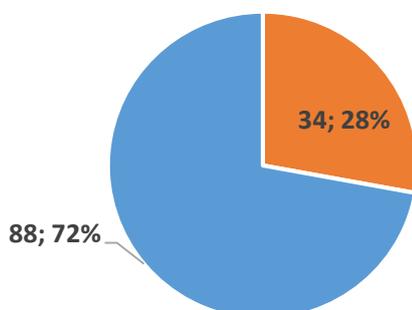


La réponse à cette question ne présentait aucune difficulté, pour les médicaux comme les paramédicaux.

Argumentaire : Par leur action sur le microbiote digestif, tous les antibiotiques sont susceptibles de favoriser des troubles digestifs tels que la diarrhée.

2. Une escarre avec écoulement purulent et de la fièvre sont une indication suffisante pour prescrire un antibiotique.

FAUX : La fièvre peut avoir une autre origine que l'escarre. De plus, l'écoulement purulent est souvent traité par l'adaptation des soins locaux.



Avec près de 30 % de mauvaises réponses, on constate que la connaissance de l'indication d'un traitement antibiotique dans les escarres est à améliorer. Ces résultats sont identiques à ceux obtenus en 2017 sur les établissements de santé.

L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical, 83 %, et le personnel paramédical, 66 % est plus important que dans les ES (75 % et 70 % respectivement). Cet écart s'explique par la formation des professionnels paramédicaux et souligne la nécessité d'améliorer ces connaissances pouvant être à l'origine d'une incitation à une prescription inutile d'antibiotique.

Argumentaire : Le traitement antibiotique par voie générale ne se justifie que lorsque l'infection d'escarre est avérée sur prélèvement profond. Les autres origines possibles de fièvre doivent être écartées avant toute antibiothérapie.

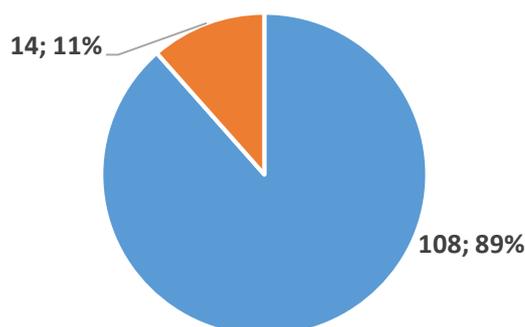
Outil consultable :

Conférence de consensus 2001 : Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé.
https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewj1bLwi8jYAhWF-aQKHQNiDxUQFqgtMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2Fescarresdef_long.pdf&usq=AOvVaw3ihFDMC3v7cQGKcgad-3-S

Recommandations EMS Cclin 2013 : Traitement anti-infectieux des escarres
http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_Escarres_V%20Def.pdf

3. La friction des mains avec un produit hydro-alcoolique diminue le risque de transmission des Bactéries Multi-Résistantes.

VRAI : la friction des mains avec le produit hydro-alcoolique diminue le portage des micro-organismes sur les mains (bactéries sensibles ou résistantes, virus : entérovirus ou virus de la grippe par exemple) et leur transmission aux autres (soignants, soignés).



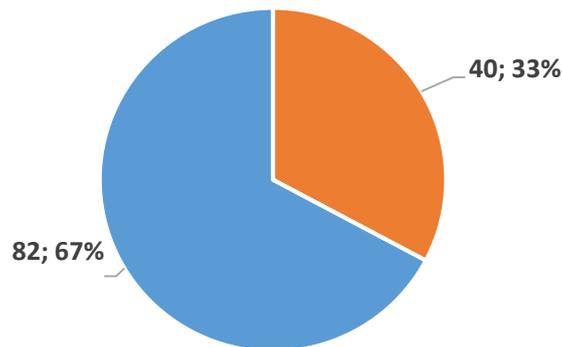
L'efficacité de la friction hydro-alcoolique est bien connue des répondants, 89 % de bonnes réponses, identique aux résultats sur les ES de 2017 (91 %). L'écart des taux de mauvaises réponses entre le personnel médical, 8 % et le personnel paramédical, 14 %, est faible, mais objective une certaine défiance des professionnels IDE.

Outil consultable :

Recommandation SF2H 2009 : Hygiène des mains <https://sf2h.net/publications/hygiene-des-mains>

4. Un encombrement bronchique fébrile chez un sujet âgé est une indication formelle de mise sous antibiotique.

FAUX : Devant un tableau de bronchite infectieuse fébrile, en l'absence de BPCO, l'antibiothérapie n'est pas indiquée.



La non-indication d'une antibiothérapie lors d'une bronchite chez le sujet âgé sans autre facteur de risque n'est pas connue par 33 % des répondants. Les taux de bonnes réponses de la part du personnel médical et paramédical sont respectivement de 74 % et 62 % (ES 2017 : 73 % et 61 %).

Collège des Enseignants de Pneumologie - 2017



Argumentaire :

I. BRONCHITE AIGUË DU SUJET SAIN

Inflammation aigue des bronches et bronchioles (voies de conduction), le plus souvent de nature infectieuse, sans atteinte du parenchyme pulmonaire et notamment des alvéoles (surface d'échange).

I.1. Epidémiologie

Très fréquente (environ 10 millions de cas/an en France), surtout durant la période hivernale. De cause virale dans 90% des cas (rhinovirus, influenza, para-influenza, adénovirus, virus respiratoire syncytial, métagneumovirus humain...).

I.2. Diagnostic

Il est clinique :

- caractère épidémique, période hivernale;
- toux : initialement sèche puis productive, volontiers douloureuse à type de brûlures thoraciques bilatérales et rétro-sternales dessinant l'arbre bronchique (trachée et grosses bronches);
- expectoration : muqueuse ou purulente;
- signes généraux inconstants : fièvre et symptômes viraux (céphalées, myalgies, malaise...);
- auscultation : râles bronchiques, voire auscultation normale, mais surtout absence de crépitations en foyer (signe négatif important).

Aucun examen complémentaire n'est justifié²

I.3. Traitement

Ambulatoire et symptomatique +++ : antipyrétique (paracétamol).

L'absence d'antibiothérapie est la règle chez l'adulte sain (=BPCO).

Ne sont pas recommandés (et potentiellement délétères) : corticoïdes systémiques et/ou inhalés, anti-inflammatoires non stéroïdiens, mucolytiques, expectorants.

L'évolution est spontanément favorable avec disparition de la fièvre en 3 jours et des signes respiratoires en une dizaine de jours. Si ce n'est pas le cas, reconsidérer le diagnostic.

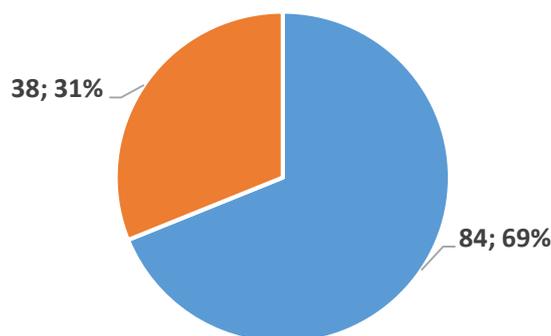
Bronchite aiguë :

- La bronchite aiguë, d'origine virale, ne nécessite pas d'antibiothérapie sauf en cas de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) dont la prise en charge est celle d'une exacerbation de BPCO. Il est donc primordial de repérer les patients atteints de BPCO.
 - Une bronchite aiguë se caractérise généralement par la survenue d'une toux, une fièvre ($T^{\circ} > 38^{\circ}C$) est parfois présente.
 - Pas d'examen complémentaire sauf doute avec une pneumopathie (radiographie thoracique RxT).
 - Pas d'indication à une antibiothérapie mais instaurer un traitement symptomatique uniquement.
- http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_Bronchite_VDef.pdf

Autres sources : SPILF, Pilly, HAS

5. La vaccination antigrippale diminue la consommation d'antibiotiques.

VRAI : Les tableaux pseudo-grippaux sont source de mésusage antibiotique et l'infection grippale peut se compliquer de surinfection bactérienne. La vaccination permet de diminuer la circulation du virus et donc la consommation antibiotique associée.



31 % des répondants méconnaissent l'apport de la protection vaccinale dans la diminution des prescriptions antibiotiques (27 % en ES 2017). L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical est important, puisque les taux sont respectivement de 79 % et 61 %. Cette méconnaissance ne favorise pas l'adhésion à la vaccination antigrippale des paramédicaux.

Argumentaire :

Les antibiotiques (45% des dépenses concernant les médicaments en relation avec la grippe) atteignent de forts pics de dépenses durant l'épisode grippal : +62% en montant remboursé.

Pourtant, ces médicaments ne sont généralement pas adaptés au traitement de la grippe sauf en cas de complications.

Source : GROG : groupes Régionaux d'observation de la grippe

<http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ah>

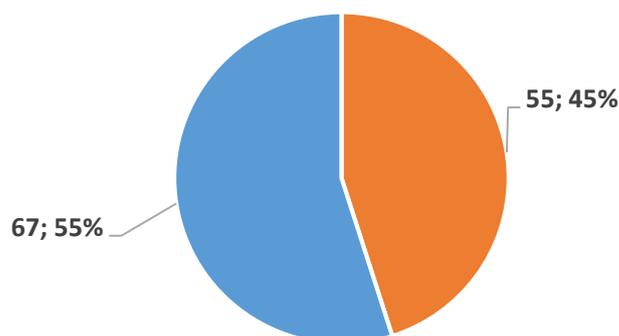
[UKEwjn3I2mtr7YAhXH16QKHclIAJoQFqg7MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.grog.org%2Fdocuments%2Fjour_2002%2Ffromentin_vf.pdf&usq=AOvVaw2LkcFPuU1ybQuxicebEcEY](http://www.grog.org/documents/2Fjour_2002%2Ffromentin_vf.pdf&usq=AOvVaw2LkcFPuU1ybQuxicebEcEY)

Outil consultable :

http://ansm.sante.fr/content/download/112223/1422037/version/1/file/Brochure_Antibioresistance_2017.pdf

6. En cas d'urines troubles il faut systématiquement réaliser une bandelette urinaire.

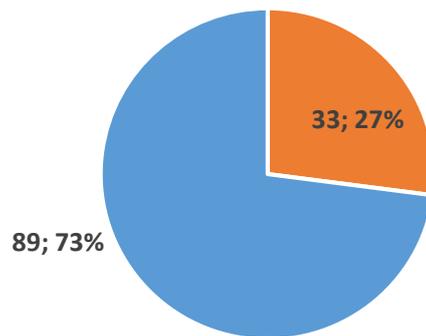
FAUX : Les urines troubles peuvent être associées à une déshydratation et il faut rechercher les signes fonctionnels urinaires ou de décompensation chez le sujet âgé avant de décider de réaliser une bandelette urinaire.



45 % des répondants n'intègrent pas la fréquence de la colonisation urinaire des personnes âgées réduisant la pertinence de la réalisation d'une bandelette urinaire. La positivité de la bandelette risque d'entraîner la réalisation d'un ECBU. Il convient de rappeler l'importance des signes cliniques pour identifier une infection urinaire nécessitant un traitement antibiotique. Un écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical existe, respectivement de 62 % et 51 %. Cette méconnaissance de près d'un personnel infirmier sur deux peut être à l'origine d'excès de réalisation d'ECBU et d'incitation à la prescription d'antibiotiques. L'importance des manifestations cliniques dans le diagnostic d'infection urinaire doit donc être réaffirmée.

7. Urines troubles et ECBU positif indiquent la mise sous antibiotiques.

FAUX : Les urines troubles peuvent être associées à une déshydratation et il faut rechercher les signes fonctionnels urinaires ou de décompensation chez le sujet âgé avant de décider de tenir compte d'un ECBU positif. Effectivement il peut s'agir d'une simple colonisation qui ne se traite pas.



Près de 30 % des répondants n'intègrent pas l'importance des signes cliniques pour identifier une infection urinaire nécessitant un traitement antibiotique (ES 2017 : 38 %). L'écart des taux de bonnes réponses entre le personnel médical et le personnel paramédical est important, puisque les taux sont respectivement de 83 % et 65 %. Comme pour la question ci-dessus sur la réalisation d'une BU, cette méconnaissance du personnel infirmier peut être à l'origine d'excès de réalisation d'ECBU et d'incitation à la prescription d'antibiotiques. Leurs connaissances des manifestations cliniques d'une infection doivent donc être approfondies.

Argumentaire 1 :

Il existe peu de différences sur les antibiotiques utilisables dans chaque situation clinique. C'est seulement l'ordre de préférence des antibiothérapies qui dépend du caractère simple, à risque de complication ou grave de l'IU.

A. Colonisation urinaire chez la femme

- Une colonisation urinaire est l'isolement d'une bactérie dans l'urine, quelle que soit sa quantité (sauf chez la femme enceinte où le seuil de significativité est fixé à 10^5 UFC/ml sur deux ECBU consécutifs ; voir paragraphe dédié), **qu'il y ait une leucocyturie associée ou non, et en l'absence de tout signe fonctionnel urinaire, de fièvre et de syndrome inflammatoire biologique.**
- Seule la **qualité du recueil urinaire** permet donc de distinguer une colonisation urinaire d'une contamination extra-urinaire de l'ECBU. Si l'on pense que le recueil urinaire a pu être contaminé, il semble raisonnable de refaire le prélèvement avant de considérer qu'il s'agit d'une colonisation.
- Il n'y a lieu de traiter une colonisation urinaire **qu'avant un geste invasif sur les voies urinaires** et chez la **femme enceinte** (voir paragraphe dédié).

Source : Collège universitaire des Enseignants en Néphrologie

Argumentaire 2 :

2. 3. Colonisation urinaire du sujet âgé

La spécificité principale du sujet âgé est la très haute prévalence de la colonisation urinaire [20]. Le risque de colonisation augmente avec l'âge, le sexe féminin et la dépendance (résidence en institution). Chez les femmes autonomes vivant à domicile, cette prévalence est de 10 % entre 70 et 80 ans, alors que chez les sujets des deux sexes vivant en institution, elle varie de 20 à 50 % selon les études [21]. Au-delà de 80 ans, un tiers à la moitié des femmes présentent une colonisation urinaire, et un homme sur quatre. La dernière enquête française montrait que 28% des ECBU avec bactériurie significative chez les patients âgés hospitalisés étaient en fait des colonisations urinaires et non des IU [22].

Les colonisations ne doivent pas être traitées [9,20,23].

Le risque est de traiter à tort une colonisation urinaire ou une suspicion d'IU devant un sepsis d'étiologie indéterminée, alors que l'infection est d'une autre origine (par ordre de fréquence : pulmonaire, digestive, cutanée...).

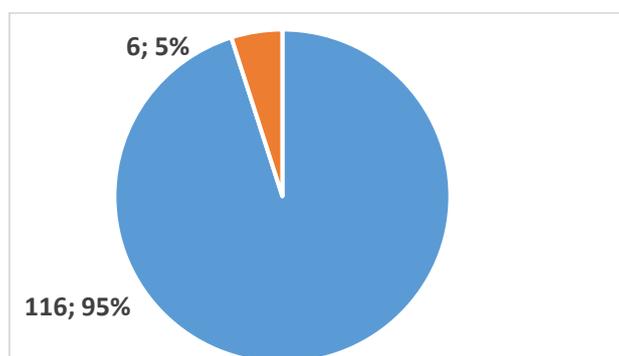
Source : SPILF 2015 : Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-spilf.pdf>

Autre référence consultable : http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2015-RPC-infections_urinaires_associees_aux_soins.pdf

http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_InfUrinaire_VDe_f.pdf

8. La consommation d'antibiotiques en France est stable et parmi les plus élevées d'Europe.

VRAI : La France est parmi les plus gros consommateurs d'Europe et consomme jusqu'à 4 fois plus que ses voisins européens.



95 % des répondants connaissent le mauvais score en terme de consommations antibiotiques de la France par rapport aux autres pays européens (ES 2017 : 87 %). Les paramédicaux et médicaux ont un score comparable.

Figure 2. Consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community, EU/EEA countries, 2017, expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day

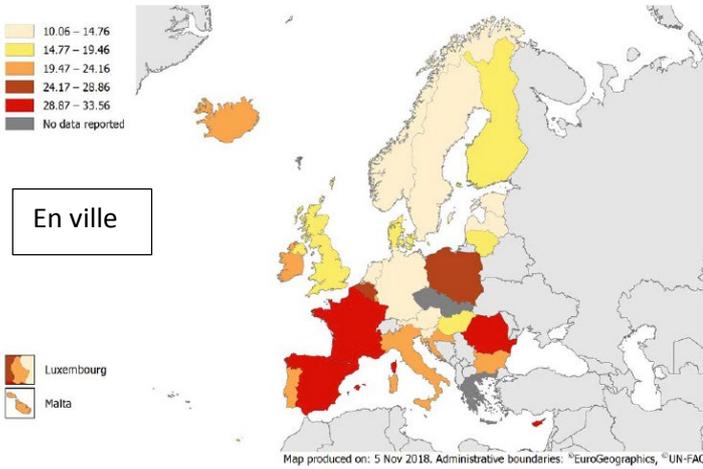
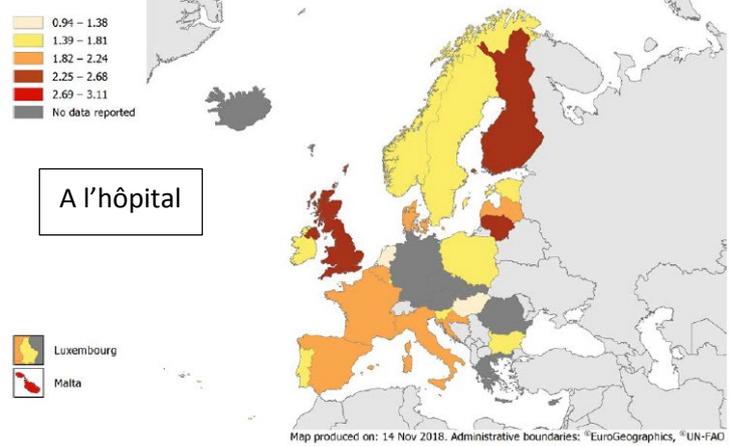


Figure 5. Consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the hospital sector, EU/EEA countries, 2017, expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day



Sources consultables :

L'ANSM publie chaque année des bilans sur les consommations d'antibiotiques, et est donc la principale source d'information nationale.

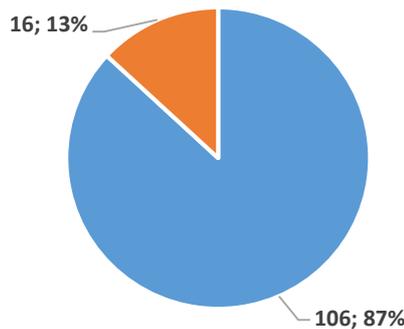
[https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/(offset)/0)

- Medqual France : <http://www.medqual.fr/>

ECDC : <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-consumption-annual-epidemiological-report-2017>

9. 10 % des souches d'E. coli sont multirésistantes (BLSE).

VRAI : La surconsommation antibiotique, entraîne une pression antibiotique qui favorise la résistance bactérienne en augmentation, source d'impasse thérapeutique et de décès.

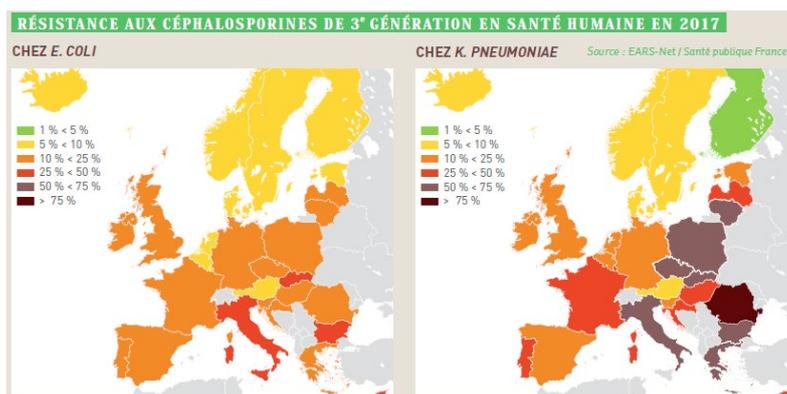


Le niveau de résistance d'*E. coli* est globalement connu. Les personnels médicaux ont une meilleure perception de cette problématique de résistance : 91 % versus 84 % des paramédicaux.

Argumentaire : L'enquête nationale de prévalence, Prev EHPAD 2016, a analysé les résistances des bactéries isolées dans les ECU des infections urinaires : 13 % des entérobactéries isolées étaient productrices de BLSE.

Résistance aux antibiotiques des micro-organismes isolés dans les ECU

Micro-organisme	Indicateur	n	% estimé	[IC95]
<i>Staphylococcus aureus</i> (+ 4 profils inconnus)	0. OXA-S & GLY-S	3	27,9	[27,9-27,9]
	1. OXA-R & GLY-S	8	72,1	[72,1-72,1]
	2. GLY-R	0	0,0	-
<i>Enterococcus faecalis</i>	0. AMP-S & GLY-S	0	-	-
	1. AMP-R & GLY-S	0	-	-
	2. GLY-R	0	-	-
<i>Enterococcus faecium</i>	0. AMP-S & GLY-S	0	-	-
	1. AMP-R & GLY-S	0	-	-
	2. GLY-R	0	-	-
Entérobactéries (+ 29 profils inconnus)	0. C3G-S & CAR-S	115	73,8	[67,0-80,5]
	1. C3G-R non-BLSE & CAR-S	22	13,0	[7,9-18,1]
	2. C3G-R BLSE+ & CAR-S	17	13,3	[7,7-18,8]
	3. CAR-R	0	0,0	-
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (+0 profil inconnu)	0. CAZ-S & CAR-S	5	75,5	[75,5-75,5]
	1. CAZ-R & CAR-S	1	14,3	[14,3-14,3]
	2. CAZ-S & CAR-R	0	0,0	-
	3. CAZ-R & CAR-R	1	10,2	[10,2-10,2]
<i>Acinetobacter baumannii</i>	0. CAZ-S & CAR-S	1	100,0	-
	1. CAZ-R & CAR-S	0	0,0	-
	2. CAZ-S & CAR-R	0	0,0	-
	3. CAZ-R & CAR-R	0	0,0	-



Sources et outils :

- Santé Publique France –Prev'EHPAD : <http://inv.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2017/Enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-associees-aux-soins-et-des-traitements-antibiotiques-en-Etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes>

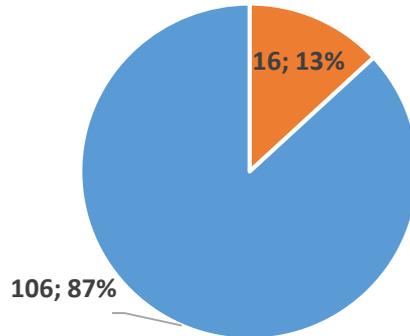
-ANSM : https://www.ansm.sante.fr/content/download/152117/1999693/version/1/file/Synthese-RATB-ConsoATB_Nov2018_BD.pdf

- Rapports annuels de l'ONERBA : <http://onerba.org/publications/rapports-onerba/>

- Rapports européens ECDC : <http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AMR-surveillance-EARS-Net-2017-updated-dec-18.pdf>

10. Une CRP au-delà de 100 mg/l impose une antibiothérapie.

FAUX : la CRP élevée n'est pas obligatoirement associée à une infection bactérienne. Elle est fréquemment élevée en post-opératoire, au décours d'un infarctus du myocarde, ou dans des pathologies inflammatoires non infectieuses (maladie auto-immune, pathologie rhumatismale).



La non spécificité de l'augmentation de la CRP est connue par 87 % des répondants, tant médicaux (89 %) que paramédicaux (86 %).

Argumentaire : La C Reactive Protein (CRP) est une protéine synthétisée par les hépatocytes. Sa seule cause d'augmentation est l'inflammation. C'est un marqueur précoce de la réponse inflammatoire. L'élévation de la concentration sérique de CRP peut être franche dans les infections bactériennes, dans certaines pathologies rhumatismales (polyarthrite rhumatoïde), digestives (maladie de Crohn), lors d'affections malignes (lymphome, carcinome), dans l'infarctus du myocarde, lors de traumatismes. Son augmentation est plus faible dans les infections virales, le lupus, la rectocolite ulcéreuse hémorragique, les leucémies ou lors d'états inflammatoires concomitants à une insuffisance hépatocellulaire.

Source : www.cscq.ch/SiteCSCQ/FichierPDF_FR/FT-CRP-f.pdf

Conclusion

Ce questionnaire nous permet d'identifier 3 situations cliniques à risque de sur-prescriptions antibiotiques en EHPAD : les infections urinaires, les escarres et les infections bronchiques. L'économie d'antibiotique générée par la vaccination est un argument à retenir dans les campagnes vaccinales auprès des professionnels. Des efforts sont à mener concernant principalement l'identification des indications, ou de la non-indication d'une antibiothérapie, au premier rang desquelles la colonisation urinaire beaucoup trop souvent associée à la réalisation d'une bandelette et/ou d'un ECBU.