

# Retour et résultats de la campagne 2023

« Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques  
chez la personne âgée »

Introduction

Quiz

Concours  
(affiches et  
slogans)

Bilan

**17<sup>ème</sup> Journée des correspondants  
en hygiène des ES  
21 mars 2024**

Marie Poirel - Interne en Pharmacie



# Origine du projet

2022 : Campagne diminuons la résistance aux ATB en ES

2023 : Campagne ciblée chez la personne âgée : Professionnels et usagers  
« Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques chez la personne âgée »



Collaboration EMH-EMA, CPTS-MSP, URPS



19 septembre 2023 :  
Présentation aux  
EMH-EMA

TOP départ : 20  
novembre 2023

24 Octobre 2023 :  
Webinaire EHPAD-  
EMH-EMA-Ville

Avril à Septembre 2023 Groupe de  
travail pluridisciplinaire

Du 20 novembre au  
20 décembre :  
animations,  
communications..

5 mars 2024 :  
résultats

[Webinaire en ligne sur le  
site du CPIas Occitanie](#)

2024: on  
continue

# Les outils

## Professionnels et grand public

- 1 affiche



- 3 quiz en ligne avec score et argumentaire

- 2 quiz professionnels : médicaux, paramédicaux



- 1 quiz usager ville (pharmacie et cabinet libéraux) : idem 2022



- 1 tuto usagers

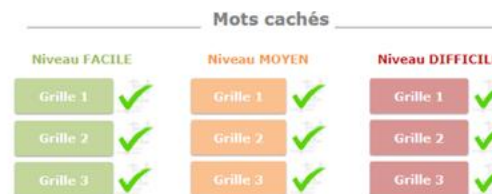


## Animations résidents et familles

- 1 guide d'animation

- Des jeux

Les jeux du bon usage des antibiotiques - 2023



- 1 tuto animation



Moment convivial avec l'entourage autour d'un goûter - par exemple, avec projection d'une vidéo de la campagne

- 1 concours d'affiches et de slogans

# Retour et résultats de la campagne 2023

« Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques  
chez la personne âgée »

**Introduction**

**Quiz**

**Concours**  
(affiches et  
slogans)

**Bilan**

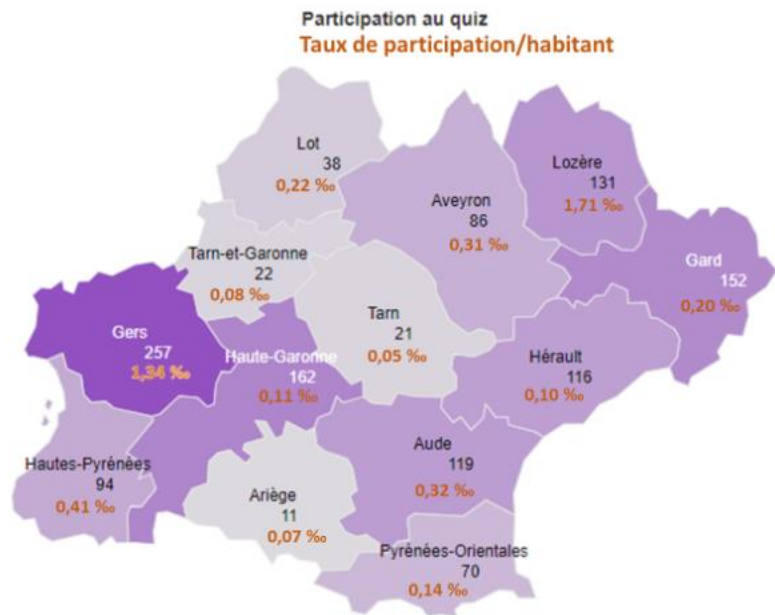
**17<sup>ème</sup> Journée des correspondants  
en hygiène des ES  
21 mars 2024**

Marie Poirel - Interne en Pharmacie



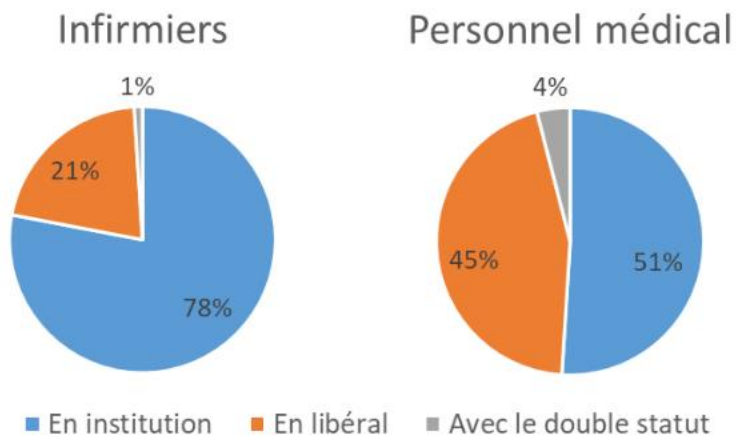
75 EHPAD inscrits

**1 322 QUIZ**  
réalisés



- Lozère
- Gers
- Hautes-Pyrénées

Parmi les soignants :



## Usagers

**439** quiz réalisés  
**84%** de réponses correctes



## Infirmiers

**494** quiz réalisés  
**81%** de réponses correctes



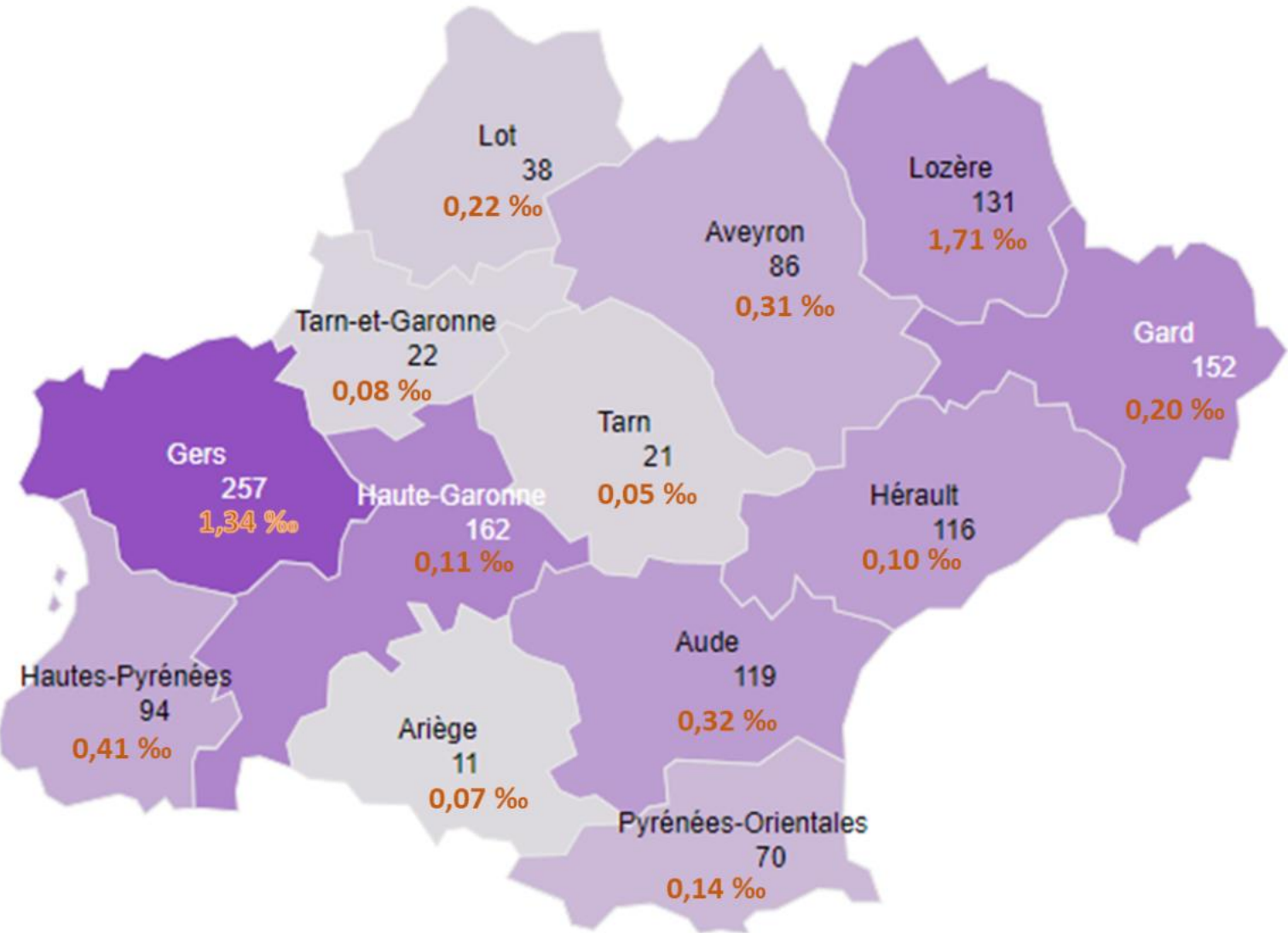
## Personnel médical

**389** quiz réalisés  
**79%** de réponses correctes

75 EHPAD inscrits

1 322 QUIZ réalisés

Participation au quiz  
Taux de participation/habitant



Lozère



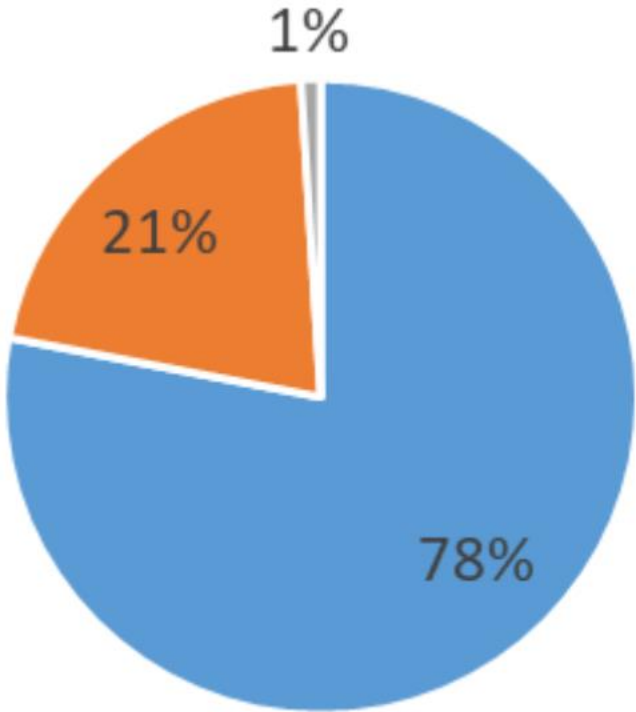
Gers



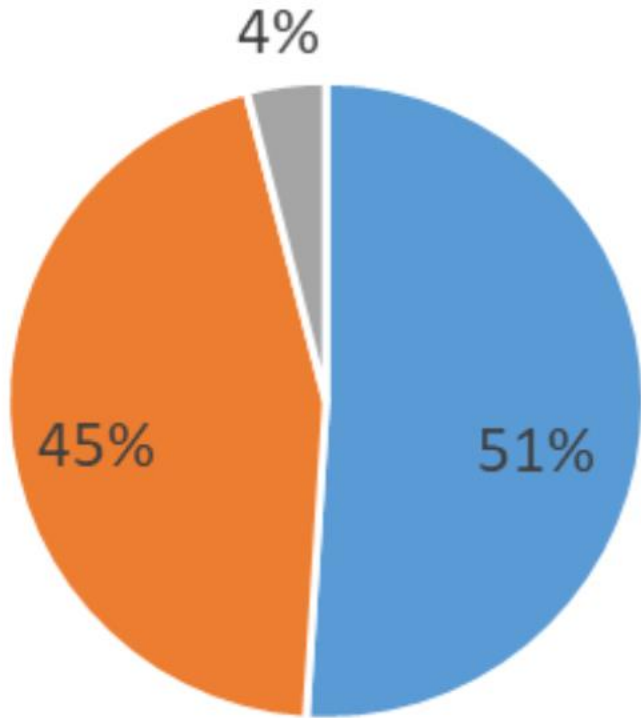
Hautes-Pyrénées

# Parmi les soignants :

## Infirmiers



## Personnel médical

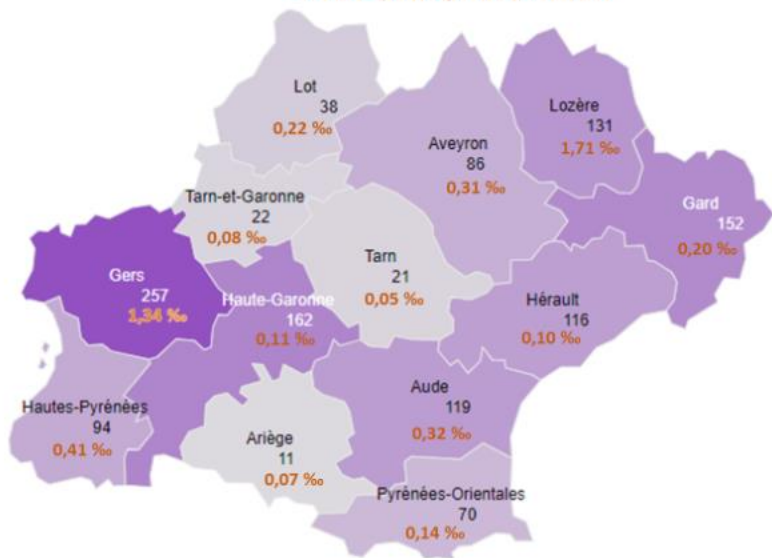


■ En institution   ■ En libéral   ■ Avec le double statut

75 EHPAD inscrits

**1 322 QUIZ**  
réalisés

Participation au quiz  
Taux de participation/habitant



Lozère



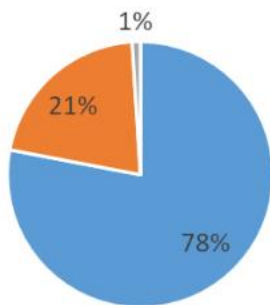
Gers



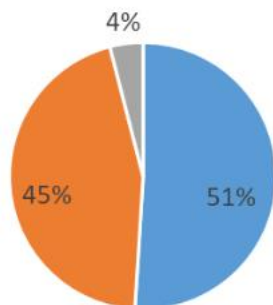
Hautes-Pyrénées

Parmi les soignants :

Infirmiers



Personnel médical



■ En institution ■ En libéral ■ Avec le double statut



**Usagers**

**439** quiz réalisés  
**84%** de réponses correctes



**Infirmiers**

**494** quiz réalisés  
**81%** de réponses correctes



**Personnel médical**

**389** quiz réalisés  
**79%** de réponses correctes



# Outils d'aide à la résolution du quiz usagers

*Ensemble, diminuons la résistance  
aux antibiotiques chez la personne âgée !*

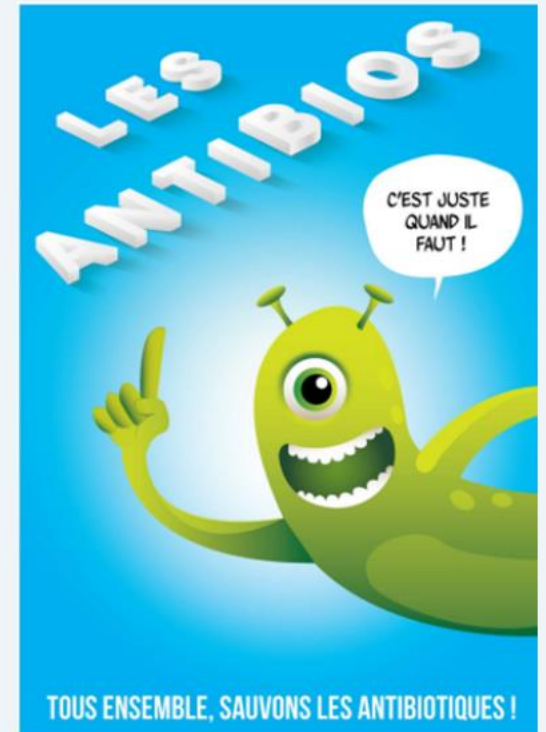


Vidéo à destination des usagers, familles :

[Lien vidéo](#)



[Plaquette  
"Les antibiotiques"](#)



← Vidéo à destination des résidents



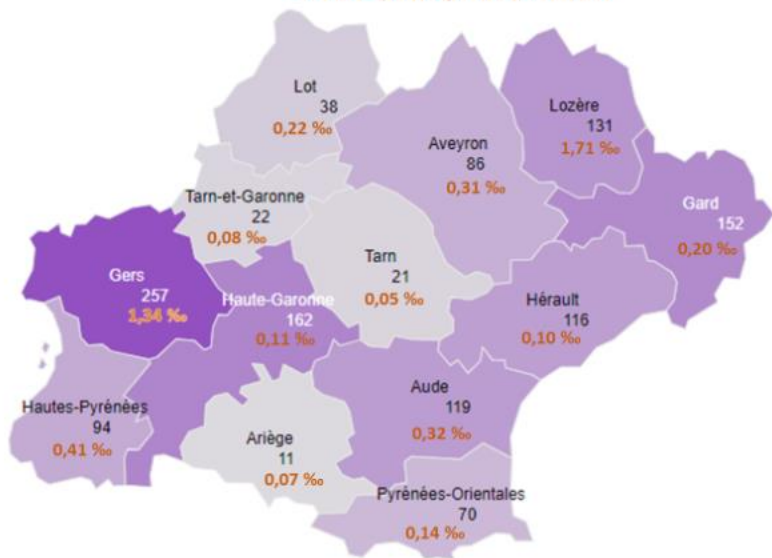
## Messages à renforcer chez les usagers

- Inefficacité des ATB sur les virus,
- Réalisation de TROD en officine,
- Antibiorésistance : Enjeu majeur en santé publique.

75 EHPAD inscrits

**1 322 QUIZ**  
réalisés

Participation au quiz  
Taux de participation/habitant



Lozère



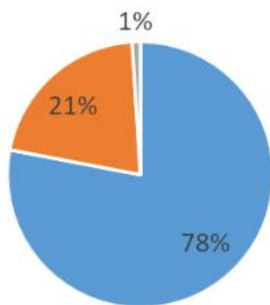
Gers



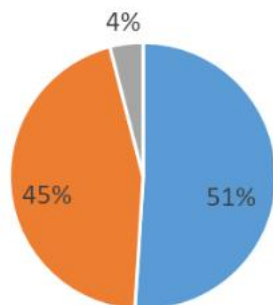
Hautes-Pyrénées

Parmi les soignants :

Infirmiers



Personnel médical



■ En institution ■ En libéral ■ Avec le double statut



## Usagers

**439** quiz réalisés  
**84%** de réponses correctes



## Infirmiers

**494** quiz réalisés  
**81%** de réponses correctes



## Personnel médical

**389** quiz réalisés  
**79%** de réponses correctes

# Outils d'aide à la résolution des quiz soignants



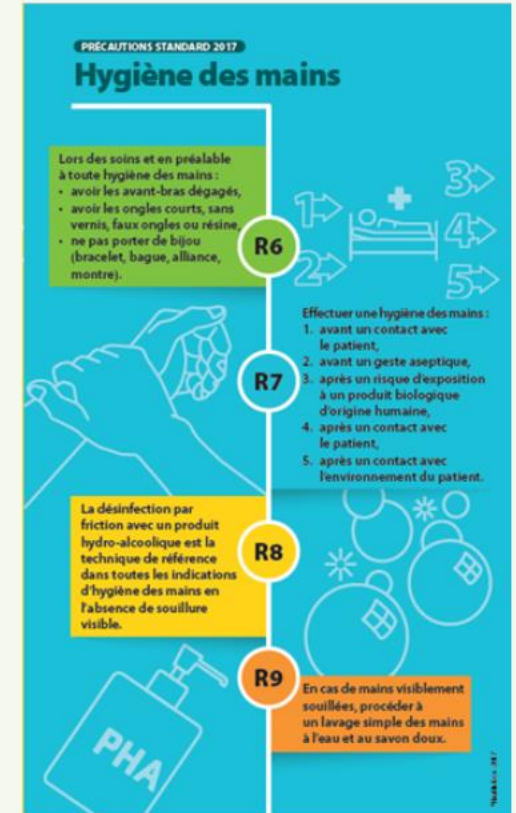
[Guide « Prélèvements microbiologiques en EHPAD »](#)



[Plaquette « Antibiothérapie en EHPAD »](#)





[Plaquette « BMR - BHRe en EMS »](#)




[Plaquette PS « Hygiène des mains »](#)

# Thème : Les indications des antibiotiques chez la personne âgée


L'infirmier a un rôle important dans la réévaluation de l'efficacité d'un traitement antibiotique faite à 48-72h ✓  93 %


L'apparition d'une fièvre chez une personne âgée, associée à la présence de germes dans les urines nécessite une mise sous antibiotique sans délai ✗  51 %

*Réponse* : Le tractus urinaire de la personne âgée est fréquemment **colonisé** (=présence non pathogène de germes), particulièrement chez la personne multi sondée. La **fièvre** peut avoir une **autre origine**. Le clinicien doit **explorer les autres portes d'entrées possibles** (pulmonaire, digestive, cathéters, plaies, escarres, site opératoire...).

La prévention d'une surinfection bronchique lors d'un état grippal justifie la prescription d'antibiotiques chez la personne âgée ✗  73 %

*Réponse* : Les **bronchites sont majoritairement virales** et ne nécessitent pas le recours aux antibiotiques. Dans les suite d'une infection virale, une surinfection bactérienne est possible notamment chez la personne âgée fragile. Elle survient typiquement après une amélioration clinique de la grippe initiale, aux alentours de J5-J7 par une aggravation secondaire avec récurrence de l'hyperthermie, toux productive et dyspnée. Elle nécessitera alors une antibiothérapie. Il n'y a **pas d'indication à titre préventif**.

La présence d'une BMR (Bactérie multi-résistante aux antibiotiques) dans un prélèvement urinaire nécessite la mise en place systématique d'un traitement antibiotique ✗  78 %

La surveillance par l'IDE de la bonne prise du traitement antibiotique et l'apparition d'effets secondaires est indispensable à l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement antibiotique ✓  96 %

## Sphère digestive

### o Infection à Clostridioïdes difficile

Diarrhée avec exposition récente (<3 mois) aux antibiotiques : recherche de toxines de Clostridioïdes difficile -> Si positif :

→ Fidaxomicine 200mg x 2/j<sup>(1)</sup> ou Vancomycine 125mg x 4/j PO<sup>(1)</sup> (DTT=10j).

(1) Disponibles uniquement en pharmacie hospitalière sur prescription hospitalière (téléconsultation ou télé-expertise)

- 1<sup>er</sup> épisode : TT standard : fidaxomicine ou vancomycine
- Si tt standard non disponible et pas de signes de gravité : métronidazole
- Si récidive : avis infectieux

Mesures d'hygiène (<https://cpias-occitanie.fr/wp-content/uploads/2020/09/Cas-ICD.pdf>)



### o Cholécystite et angiocholite

Imagerie (Echo et/ou Scanner) et avis chirurgical

A défaut, traitement d'attente :

Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Métronidazole 500 mg x 3/J PO ou IV

### o Sigmoïdite (diverticulite sigmoïdienne) [(DTT=7)]

Scanner abdomino-pelvien injecté (indiqué à chaque épisode en l'absence de CI)

Traitement ambulatoire si qSOFA < 1, absence d'immunodépression  
Amoxicilline/ac clav 1g/8h + gentamicine (7 mg/kg, 1 dose) OU C3G + metronidazole IV (cf doses ci-dessus)



## Pas d'antibiotiques



PAS d'antibiotiques dans les situations suivantes, donner un traitement symptomatique et réévaluer à 48h :

- Bronchite aiguë ; Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif ; Rhinopharyngite
- Furoncle simple ; Morsure/griffure mineure
- Diarrhée simple sans fièvre « gastro-entérite »
- Plaie ou escarre sans signes d'infection évident
- Bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)

## Fièvre isolée ?

Ne pas traiter à l'aveugle (prélever; chercher une porte d'entrée).

Sauf si :

Syndrome infectieux (fièvre ou hypothermie)

ET

Signes de mauvaise tolérance (hypotension ou choc, polypnée et/ou hypoxie, oligurie ou insuffisance rénale, encéphalopathie)

OU

patient neutropénique (< 500 PNN)

## Sepsis ?

Quick SOFA : 2 items parmi : TAS ≤100, FR ≥22, confusion récente **OU choc septique** : Prélever ECU + 2 paires d'hémocultures si possible

⇒ En l'absence de point d'appel clinique : Ceftriaxone 2g IV + Gentamicine 7mg/kg IV

Appel SAMU pour transfert (selon directives anticipées)

## Antibiotiques et personne âgée



- Fonction rénale altérée** : adapter les posologies (site GPR)
- Polymédication** : risque d'interactions majoré
- Effets secondaires majorés** : diarrhées, infection à C. difficile, candidose buccale, confusion (/\ fluoroquinolones)
- Limiter la pression de sélection** : respecter les indications, privilégier molécules à spectre étroit, durée courte, limiter les associations
- Ceftriaxone SC : Hors AMM**, mais potentiellement indispensable au regard bénéfices/risques pour le patient (cf. site ANSM)

**En cas d'impossibilité d'avaler les comprimés ou les gélules, les alternatives par voie orales sont :**

Site [omedit.normandie.fr](http://omedit.normandie.fr)

### Alternatives galéniques, thérapeutiques (ne pas écraser)

Amoxicilline 500 mg (cp dispersible, solution buvable)

Amoxicilline/ac.clavulanique 500/62.5 mg (sachet)

Azithromycine 250 et 600 mg (cp dispersible, poudre pour suspension buvable)

Cefixime 200 mg (solution buvable)

Ciprofloxacine (suspension buvable)

Fidaxomicine 200 mg (suspension buvable ou Vancomycine)

Métronidazole 500 mg (suspension buvable)

Nitrofurantoïne 100 mg (solution buvable)

Sulfamethoxazole/triméthoprim 400/80 et 800/160 mg (solution buvable)

Ecrasement possible et à consommer sans délai

Pivmécillinam cp à 200 mg

Pristinamycine cp à 250 et 500 mg

Lévofloxacine cp à 500 mg

Ne pas écraser, ouvrir et à consommer sans délai

Clindamycine gélules à 75, 150 et 300 mg

## Allergie aux pénicillines



90% des « allergies » à la pénicilline n'en sont pas  
Rares allergies croisées (péni / céphalosporines (3%))

- Allergie type I** (dans les heures suivant la prise) : urticaire généralisé, angio-œdème, dyspnée, hypotension, choc..
- Allergie cutanée retardée** : après 3-4j de traitement, éruption morbilliforme disparaissant à l'arrêt du traitement.
- Manifestations sévères retardées** : syndromes de Lyell, Stevens Johnson et les DRESS sont des contre-indications formelles aux pénicillines
- Allergie > 10 ans, manifestation uniquement cutanée non grave -> Pénicilline autorisée**

Autres cas : avis allergologique et infectiologique pour la thérapeutique

## Fluoroquinolones



Ne doivent pas être utilisées en probabiliste en cas de prise antérieure dans les 6 derniers mois.. A efficacité équivalente, privilégier les alternatives de moindre risque de toxicité

# ANTIBIOTHERAPIE EN EHPAD



Recommandations destinées aux prescripteurs, Rédigée à partir des recommandations de l'ANSM, de la SPILF et de l'HAS.

Inspirée des plaquettes du CRAtb ARA et EMH ARA

## Sources d'informations :

Site CPias et CRAtb Occitanie : [www.cpias-occitanie.fr](http://www.cpias-occitanie.fr)

Site OMEDIT : <https://omedit-mip.jimdofree.com/>

Site HAS : <https://www.has-sante.fr/>

Site base de données publique des médicaments (RCP) : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>

Site ANSM : <https://ansm.sante.fr>

Application Antibiocliv® (guide antibiothérapie en ambulatoire)

Site SPILF : [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)

Site GPR (adaptation thérapeutique à la fonction rénale) :

[www.sitegpr.com](http://www.sitegpr.com)

Site abxbmi (calcul du dosage des antibiotiques en situation d'obésité) :

<https://abxbmi.com/>

Site ADF : <https://adf.asso.fr/guide-antibio/index.html#page=1>

Site CPias ARA : <https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/>

## Nom EMA :

## Coordonnées :





## *Pas d'antibiotiques*



**PAS** d'antibiotiques dans les situations suivantes, donner un traitement symptomatique et réévaluer à 48h :

- Bronchite aiguë ; Exacerbation de BPCO légère à modérée
- Angine à TROD négatif ; Rhinopharyngite
- Furoncle simple ; Morsure/griffure mineure
- Diarrhée simple sans fièvre « gastro-entérite »
- Plaie ou escarre sans signes d'infection évident
- Bactériurie asymptomatique (colonisation urinaire)

## *Fièvre isolée ?*

Ne pas traiter à l'aveugle (prélever; chercher une porte d'entrée).

Sauf si:



## Sphère Urinaire

### \*Cystite à risque de complication (dont cystite ⚡)

- Cystite = signes fonctionnels urinaires, sans fièvre
  - **L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des signes d'infection**
  - **Pas de BU, ECBU systématique** avant toute antibiothérapie
  - **Autant que possible ne traiter qu'après documentation microbiologique**
- = pas de traitement probabiliste

Si symptômes bruyants, **traitement probabiliste** possible

1. **Nitrofurantoïne 100mg x 3/j**
2. **Fosfomycine-trométamol 3g en une prise unique**

Puis adapter selon antibiogramme : (privilégier l'ordre si dessous)

1. Amoxicilline 1g x 3/j (DTT=7j)
2. Pivmecillinam 400mg x 2/j (DTT=7j)
3. Nitrofurantoïne 100mg x 3/j (DTT=7j)
4. Fosfomycine-trométamol 3g à **J1-J3-J5 (= 3 prises)**
5. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DTT=5j)



### \*Pyélonéphrite aigüe sans signes de gravité

Avant résultats de l'ECBU :

- **Ceftriaxone 1g/j en IV/IM/SC**

Si allergie Type I : Lévofloxacine 500mg/j

Selon antibiogramme :

1. Amoxicilline 1g x 3/j (DTT=10j)
2. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DTT=10j)
3. Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j (DTT=10j)

Si allergie Type I à l'amoxicilline :

Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DDT=10j) OU Lévofloxacine 500mg/j (DTT=7j si quinolones ou bétalactamines injectable)

➔ Une imagerie est recommandée dans les 24h dans les pyélonéphrites à risque de complication (à fortiori également si sévère)

### \*Prostatite aigüe sans signes de gravité.

Avant résultats de l'ECBU : **Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC**

Si allergie Type I : Lévofloxacine 500mg/j

Selon antibiogramme : (selon poly médication, fonction rénale...)

- Amoxicilline 1g x 3 (DTT=14j)
- Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DTT=14j)
- Ofloxacine 200mgx2/j, ou Lévofloxacine 500mg x1/j, Ciprofloxacine 500mg x2/j (DTT=14j)

**Ne pas utiliser Nitrofurantoïne, Céfixime, Amoxicilline-ac. clavulanique car mauvaise diffusion prostatique**

### \*Infection urinaire avec signes de gravité

Avant résultats de l'ECBU :

- **Ceftriaxone 2g/j IV + Dose unique de Gentamycine 5mg/kg OU Amikacine 20 mg/kg en IV**

Si antécédent de BLSE < 6 mois : choix selon antibiogramme antérieur (TAZOCILLINE 4g/6h + Amikacine 20 mg/kg si souche sensible, à défaut

**Avis infectiologue**)

Si choc septique / geste urologique ou traitement oral impossible :

**Avis infectiologue**

➔ **Penser à changer la sonde à 48h d'antibiothérapie efficace**

## Sphère cutanée



### • **Pied diabétique**

**Atteinte ostéo-articulaire sans signe de gravité** : Pas d'ATB en urgence = **avis infectiologue et prélèvements nécessaires**

**Grade 1** : plaie sans signe d'infection : pas d'antibiotique

**Grade 2** : plaie infectée. Au moins 2 signes parmi : **chaleur, érythème <2 cm péri-lésionnelle, tuméfaction, douleur, écoulement purulent** :

- Plaie récente

- **Clindamycine 600mg x3/j (DTT=7j)**
  - **OU Cefalexine 1g x3/j (DTT=7j)**
  - **OU Pristinamycine 1g x3/j (DTT=7j)** (à privilégier si infection récente (ou portage connu) à SARM)
- Plaie chronique (cf grade 3)

**Grade 3\*** : **Plaie infectée avec extension en surface > 2 cm péri lésionnelle**

• **Amoxicilline/ac clav 1g x3/j IV/PO (DTT=7j)**

Si allergie non grave : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Métronidazole 500 mg x 3 (DTT=7j)

\*si infection récente (ou portage connu) à SARM, **avis infectiologue**

**Grade 4** : toute plaie infectée avec fièvre ou signe de gravité = **avis infectiologue**

### • **Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (Erysipèle)**

- Porte d'entrée intertrigo : **Amoxicilline 1 g x 3/j (DTT=7j)**

- Porte d'entrée plaie cutanée ou allergie Type 1 : **Pristinamycine 1g x 3/j OU Clindamycine 600mg x3/j (DTT=7j)**

### • **Furoncle compliqué**

• **Pristinamycine 1g x2-3/j OU Clindamycine 600mgx3/j (DTT=5j)**

### • **Conjonctivite**

**Le plus souvent virale (contexte épidémique)** :

- PAS d'antibiotiques, rinçage sérum physiologique + collyre antiseptique

Si échec à 48h (prélèvement)

**Puis** : collyre Tobramycine 1 gte x 3/j puis adaptation à l'antibiogramme (DTT=7j)

## Sphère respiratoire



Les infections respiratoires en EHPAD sont **souvent virales**

⇒ **utilité des TROD**

⇒ Intérêt préventif de la vaccination (grippe, pneumocoque, COVID)

### \* **Pneumopathie aigüe**

**DDT = 5j** si évolution favorable à J5, sinon DTT = 7j

Critères d'évolution favorable à J5 : T ≤ 37,8 °c et au moins 3 signes de stabilité clinique parmi : TAS ≥ 90 mmhg, FR ≤ 24/min, FCs 100/min, SpO2 ≥ 90%

La toux n'est pas un critère de non-amélioration

### **Pneumopathie aigüe hors contexte d'inhalation**

- **Simple** :

**Amoxicilline/acide clavulanique 1g x3/j**

(Si pneumocoque fortement suspecté : Amoxicilline 1g x3/j)

Si allergie type I : Pristinamycine 1g x 3/j

Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

- **Avec signes de gravité ou en cas d'échec à 48h** :

**Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Azithromycine 500mg J1 puis 250mg de J2 à J5**

### **Pneumopathie d'inhalation sans signes de gravité:**

**Amoxicilline/acide clavulanique 1g x3/j**

**OU Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC**

### \* **Exacerbation de BPCO (DTT=.5J)**

**Stade II (VEMS 50 à 80%)** : Absence de dyspnée (en l'absence d'EFR)

⇒ **Pas d'ATB**

**Stade III (VEMS 30 à 50%)** : Dyspnée d'effort

**Amoxicilline 1g x 3/j (DTT=5j)**

Si allergie Type I : Pristinamycine 1g x3 /J (DDT=5J)

**Stade IV (VEMS <30%)** : Dyspnée au moindre effort ou de repos

⇒ **Amoxicilline/ac clav 1g x3/j (DTT=5j)**

Si allergie type I : Pristinamycine 1g x 3/j

Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

Si colonisation connue à Pseudomonas aeruginosa = **avis infectiologue ou pneumologue référent**

Abréviations :

- CI : Contre indication
- DTT : durée totale de traitement
- BLSE : Béta lactamase à spectre élargi
- TROD : Test rapide d'orientation diagnostique



# *Sphère respiratoire*

Les infections respiratoires en EHPAD sont **souvent virales**

⇒ utilité des TROD

⇒ Intérêt préventif de la vaccination (grippe, pneumocoq

\* *Pneumopathie aigüe*



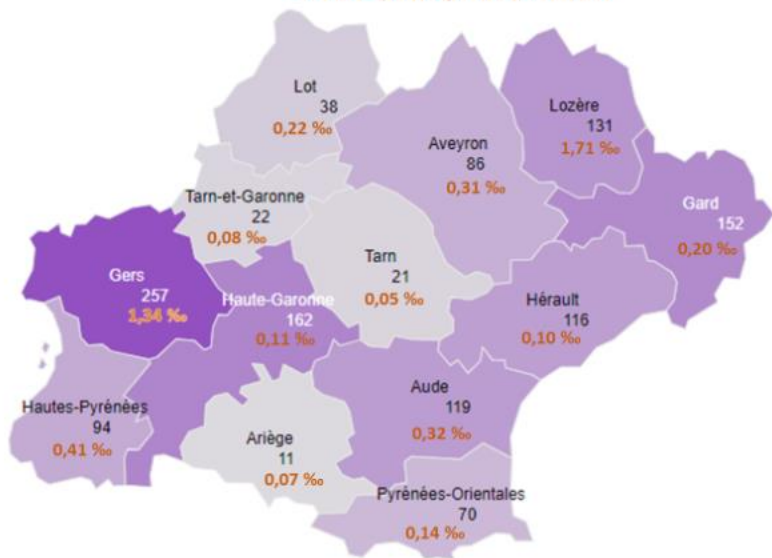
## Messages à renforcer chez les infirmiers

- Adaptation de la galénique chez le sujet âgé, [Omedit Occitanie : Troubles de la déglutition](#)
- ATB et âge : Facteurs de risque d'ICD,
- Infection urinaire  $\neq$  colonisation,
- Bronchites majoritairement virales,
- Efficacité FHA  $>$  lavage simple,
- Intérêt vaccination anti-pneumococcique à évaluer chez le sujet âgé.

75 EHPAD inscrits

**1 322 QUIZ**  
réalisés

Participation au quiz  
Taux de participation/habitant



Lozère



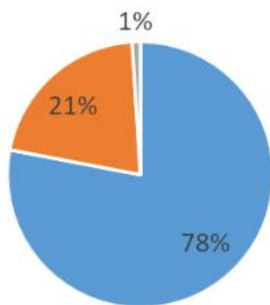
Gers



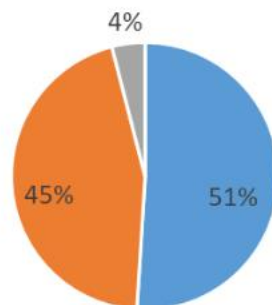
Hautes-Pyrénées

Parmi les soignants :

Infirmiers



Personnel médical



■ En institution ■ En libéral ■ Avec le double statut



## Usagers

**439** quiz réalisés  
**84%** de réponses correctes



## Infirmiers


**494** quiz réalisés  
**81%** de réponses correctes




## Personnel médical

**389** quiz réalisés  
**79%** de réponses correctes


# Thème : Infections urinaires

La bandelette n'a aucun intérêt chez les patients porteurs de sonde vésicale ✓  72 %


Réponse : En effet, les sondes vésicales sont **rapidement colonisées** d'où la présence, au bout de quelques jours, sur la bandelette urinaire, de nitrites (témoignant de la présence de bactéries de type « entérobactéries ») et de nombreux leucocytes. De même, l'ECBU sera également « positif » : présence, en nombre significatif, 1°) de leucocytes (>10<sup>4</sup>/mL ou 10/mm<sup>3</sup>) et 2°), à la culture, de bactéries (>10<sup>3</sup>UFC/mL). Le diagnostic d'infection urinaire chez un patient porteur de sonde vésicale est donc habituellement difficile, il s'agit souvent d'un diagnostic d'élimination.


Un ECBU est justifié en cas d'urines troubles et malodorantes ✗  72 %


Réponse : Pris isolément, ce sont des **signes de colonisation urinaire** mais pas d'infection. Le diagnostic d'infection repose sur la présence de signes cliniques évocateurs. Donc en présence uniquement d'urines troubles et/ou malodorantes, ni un ECBU, ni un traitement antibiotique ne sont indiqués. Une **bonne hydratation** avec **mictions fréquentes** peut être proposée.

Un ECBU de contrôle reste indiqué après traitement d'une pyélonéphrite grave ✗  61 %

Réponse : Qu'une pyélonéphrite soit **grave ou non**, si l'évolution clinique est favorable, un **ECBU de fin de traitement n'est pas indiqué**.

Un ECBU doit être systématiquement réalisé au moment du changement de sonde vésicale afin de détecter la présence de bactéries multi-résistantes dans les urines ✗  88 %

Un traitement par quinolone est une alternative thérapeutique en cas de cystite simple ✗  91 %

En cas de pyélonéphrite, l'association amoxicilline-acide clavulanique est le traitement à privilégier en présence d'un E. coli sensible à l'amoxicilline ✗  76 %

# Guide

## Prélèvements microbiologiques en EHPAD



## Prélèvements Urinaire

### 1- Indications et/ou non indications

- Un prélèvement urinaire à visée diagnostique ne doit être effectué que s'il existe des signes cliniques évocateurs d'infection urinaire (IU) à savoir : des brûlures mictionnelles, de la fièvre ( $\geq 38,5^\circ$ ), une hypothermie ( $\leq 36,5^\circ$ ), une pollakiurie, une impériosité mictionnelle, des douleurs d'un flanc, une sensibilité sus-pubienne, une incontinence urinaire récente, une rétention aiguë d'urine. Des signes moins spécifiques à type d'aggravation de troubles cognitifs, d'altération brutale de l'état général, d'apparition ou d'aggravation d'une incontinence urinaire ou de survenue de chutes sans explication évidente peuvent exister ; une autre cause doit être recherchée en priorité.
- La présence isolée d'urines foncées, troubles et/ou malodorantes n'est pas une indication à la réalisation d'un prélèvement urinaire. Des prélèvements urinaires systématiques dans le cadre d'une surveillance routinière ou de recherche de BMR chez un(e) patient(e) sondée ne sont pas recommandés. La BU n'a pas d'intérêt dans le diagnostic d'IU associée aux soins (IUAS) c'est-à-dire en présence d'un dispositif endo-urinaire, ablation d'un dispositif endo-urinaire datant de moins de 7 jours, chirurgie urologique il y plus de 48 heures). Donc, en cas de suspicion d'IUAS, un ECBU doit être réalisé d'emblée.

### 2- Objectifs du prélèvement

La BU a des indications restreintes ici, elle peut néanmoins participer à rejeter le diagnostic d'IU chez la femme non immunodéprimée en révélant l'absence de nitrites et de leucocytes (bonne valeur prédictive négative) et apporter des arguments pour une infection urinaire chez l'homme en cas de présence de leucocytes et/ou de nitrites (bonne valeur prédictive positive).

L'ECBU, en cas d'IU, va montrer une leucocyturie ( $\geq 104/\text{mL}$  ( $10/\text{mm}^3$ )) et va permettre d'identifier, en culture, la bactérie responsable de l'IU : mise en évidence d'une espèce bactérienne ( $> 103 \text{ UFC}/\text{mL}$ ) dont le rôle pathogène dans ce type d'infection est reconnu.

### 3- Réalisation du prélèvement

Il est préférable de réaliser un ECBU avant toute prise de traitement antibiotique (en cas de prise d'antibiotiques avant le prélèvement en informer le laboratoire), si possible, au moins 4h après la dernière miction. Il faut : 1) réaliser un lavage des mains et une toilette intime du patient, 2) manipuler le pot stérile le moins possible, 3) recueillir le 2ème jet d'urine, 4) bien identifier le prélèvement (avec sexe et âge du patient), 6) donner les renseignements requis au laboratoire (signes de cystite ou de pyélonéphrite ou de prostatite, prise préalable d'antibiotiques, ...), 7) acheminer le prélèvement en moins de 2 heures si conservé à  $t^\circ$  ambiante et de 12 heures si conservé à  $4^\circ$ .

Chez le patient incontinent le recueil doit se faire par collecteur pénien (homme) ou sondage aller-retour après avis médical (femme). Chez le patient sondé par ponction après désinfection sur le site spécifique du dispositif de sonde (ne jamais prélever dans le sac collecteur).

### 4- Interprétation des résultats

Le laboratoire va identifier la bactérie responsable de l'IU et rendre un antibiogramme ciblé (différent selon qu'il s'agit d'une cystite ou d'une pyélonéphrite) dans les 24 à 48 heures.

#### A RETENIR

Bactériurie asymptomatique (avec leucocyturie) fréquente chez les personnes âgées.

Donc, pas de prélèvement urinaire en cas d'urines troubles ou malodorantes, en l'absence de signes cliniques évocateurs.

Intérêt limité de la BU.

Colonisation bactérienne systématique des sondes urinaires en quelques jours. Antibiogramme ciblé selon le type d'infection urinaire donc indiquer le contexte clinique au laboratoire

## - Indications et/ou non indications

- Un prélèvement urinaire à visée diagnostique ne doit être effectué que s'il existe des signes cliniques évocateurs d'infection urinaire (IU) à savoir : des brûlures mictionnelles, de la fièvre ( $\geq 38,5^\circ$ ), une hypothermie ( $\leq 36,5^\circ$ ), une pollakiurie, une impériosité mictionnelle, des douleurs d'un flanc, une sensibilité sus-pubienne, une incontinence urinaire récente, une rétention aiguë d'urine. Des signes moins spécifiques à type d'aggravation de troubles cognitifs, d'altération brutale de l'état général, d'apparition ou d'aggravation d'une incontinence urinaire ou de survenue de chutes sans explication évidente peuvent exister ; une autre cause doit être recherchée en priorité.
- La présence isolée d'urines foncées, troubles et/ou malodorantes n'est pas une indication à la réalisation d'un prélèvement urinaire. Des prélèvements urinaires systématiques dans le cadre d'une surveillance routinière ou de recherche de BMR chez un(e) patient(e) sondée ne sont pas recommandés. La BU n'a pas d'intérêt dans le diagnostic d'IU associée aux soins (IUAS) c'est-à-dire en présence d'un dispositif endo-urinaire, ablation d'un dispositif endo-urinaire datant de moins de 7 jours, chirurgie urologique il y plus de 48 heures). Donc, en cas de suspicion d'IUAS, un ECBU doit être réalisé d'emblée.

## 2- Objectifs du prélèvement

La BU a des indications restreintes ici, elle peut néanmoins participer à rejeter le diagnostic d'IU chez la femme non immunodéprimée en révélant l'absence de nitrites et de leucocytes (bonne valeur prédictive négative) et apporter des arguments pour une infection urinaire chez l'homme en cas de présence de leucocytes et/ou de nitrites (bonne valeur prédictive positive).

L'ECBU, en cas d'IU, va montrer une leucocyturie [ $\geq 10^4/\text{mL}$  ( $10/\text{mm}^3$ )] et va permettre d'identifier, en culture, la bactérie responsable de l'IU : mise en évidence d'une espèce bactérienne [ $> 10^3$  UFC/mL] dont le rôle pathogène dans ce type d'infection est reconnu.

# Messages à renforcer chez le personnel médical



- Indications BU / ECBU
- Pneumonie bactérienne : 5 jours de traitement
- Prise en compte des troubles de la déglutition chez la personne âgée [Omedit Occitanie : Troubles de la déglutition](#)
- PCC ≠ isolement : HDM + bionettoyage quotidien
- Traitement des infections cutanées
- ICD : Réévaluer la poursuite de l'ATB incriminé

# Retour et résultats de la campagne 2023

« Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques  
chez la personne âgée »

**Introduction**

**Quiz**

**Concours**  
(affiches et  
slogans)

**Bilan**

**17<sup>ème</sup> Journée des correspondants  
en hygiène des ES  
21 mars 2024**

Marie Poirel - Interne en Pharmacie





# Félicitations aux 4 établissements participants !



CAMPAGNE 2023

*Ensemble, diminuons la résistance  
aux antibiotiques chez la personne âgée !*

LAUREAT DU CONCOURS D'AFFICHES

Le prix du concours régional est décerné aux :

*EHPAD de l'Établissement Public de Santé de Lomagne*

A Montpellier, le 1er mars 2024



CAMPAGNE 2023

*Ensemble, diminuons la résistance  
aux antibiotiques chez la personne âgée !*

LAUREAT DU CONCOURS D'AFFICHES

Le prix du concours régional est décerné à :

*l'EHPAD Simone de Beauvoir (Cazouls les Béziers, 34)*

A Montpellier, le 1er mars 2024



CAMPAGNE 2023

*Ensemble, diminuons la résistance  
aux antibiotiques chez la personne âgée !*

LAUREAT DU CONCOURS D'AFFICHES

Le prix du concours régional est décerné à :

*l'EHPAD Lou Castellas de Puisserguier (34)*

A Montpellier, le 1er mars 2024



CAMPAGNE 2023

*Ensemble, diminuons la résistance  
aux antibiotiques chez la personne âgée !*

LAUREAT DU CONCOURS D'AFFICHES

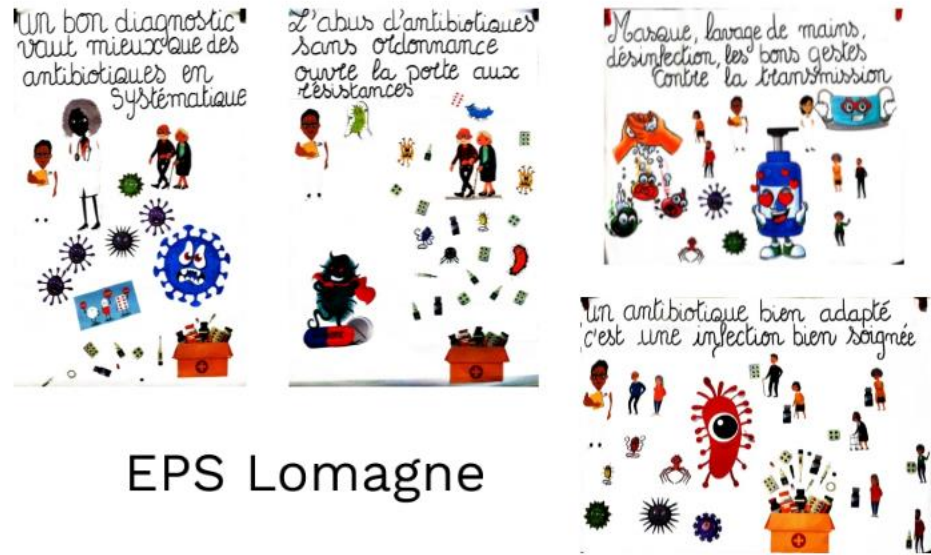
Le prix du concours régional est décerné à :

*l'EHPAD du Centre Hospitalier de Florac (48)*

A Montpellier, le 1er mars 2024



# Félicitations aux 4 établissements participants !



EPS Lomagne

EHPAD Simone de Beauvoir à Cazouls-les-Béziers



Si on continue comme ça, en 2050, ce sera la cata ! Plus que de cancers, on développera des BMR.



...rien de tel que la solution hydroalcoolique !

EHPAD Lou Castellas à Puisserguier



EHPAD du Centre Hospitalier de Florac

# Retour et résultats de la campagne 2023

« Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques  
chez la personne âgée »

Introduction

Quiz

Concours  
(affiches et  
slogans)

Bilan

**17<sup>ème</sup> Journée des correspondants  
en hygiène des ES  
21 mars 2024**

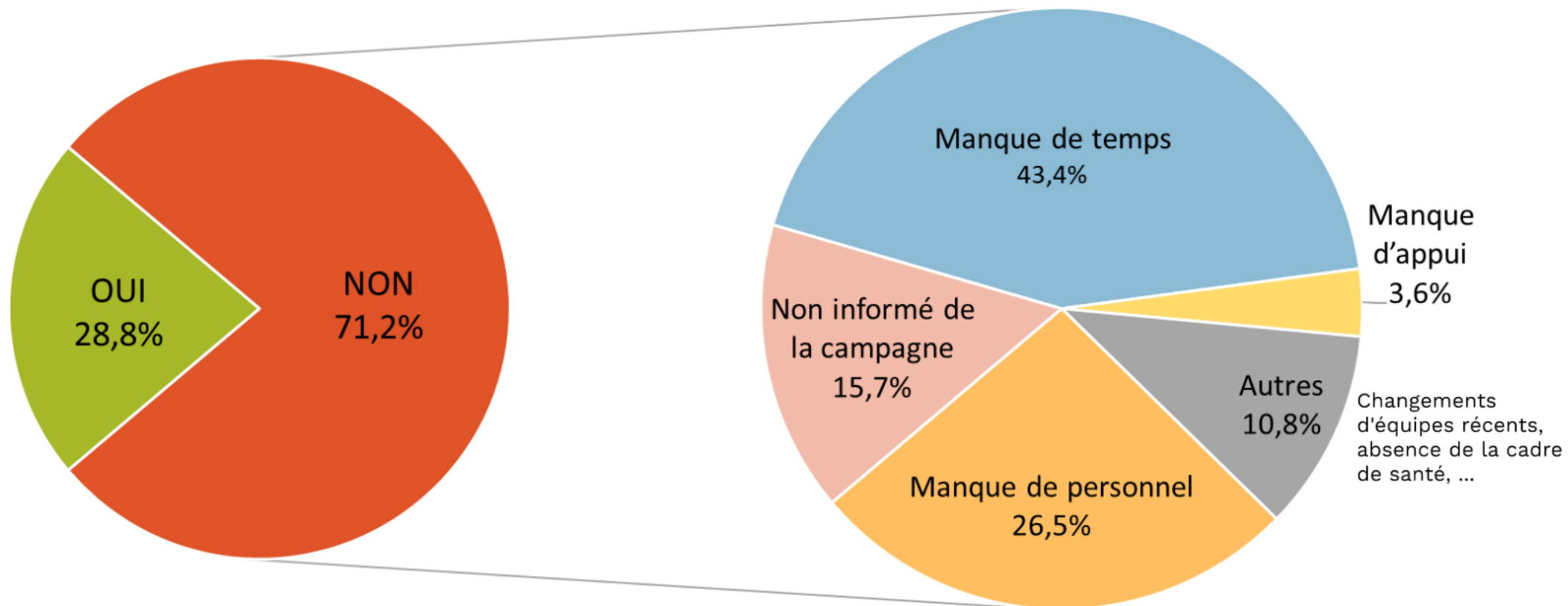
Marie Poirel - Interne en Pharmacie



# EHPAD

## Participation à la campagne

80 répondants

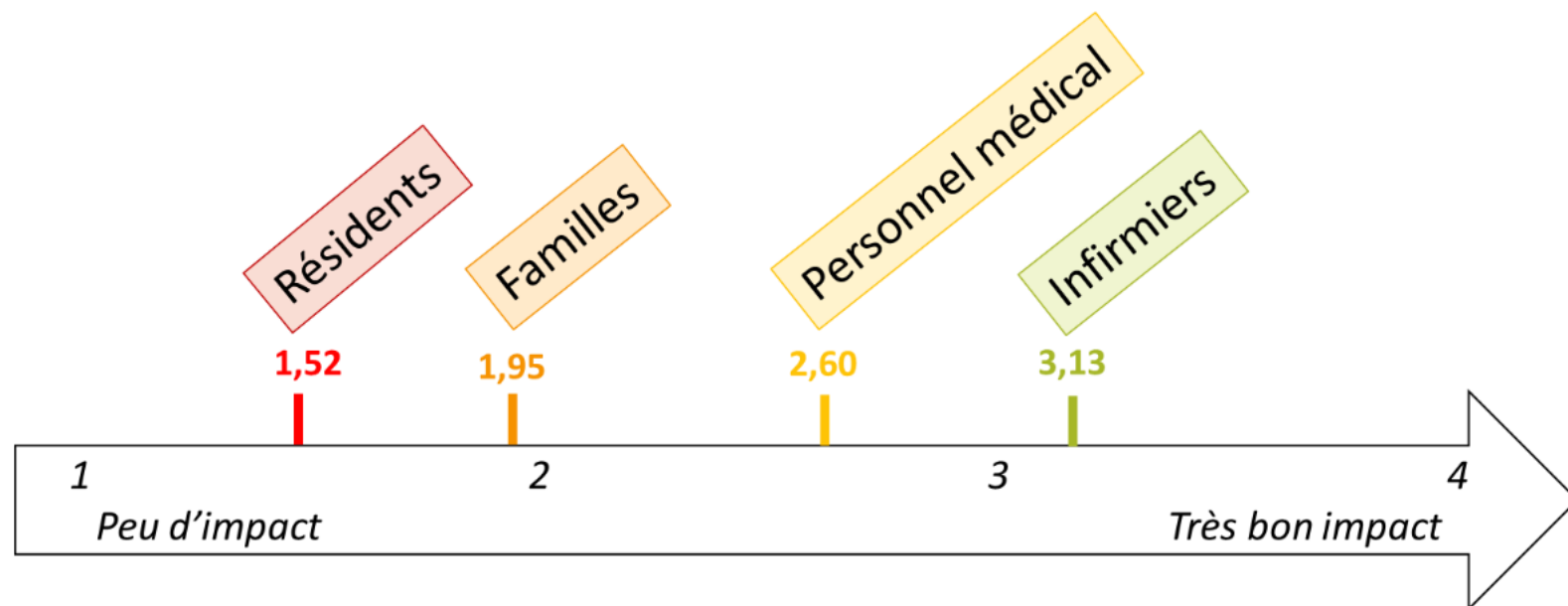
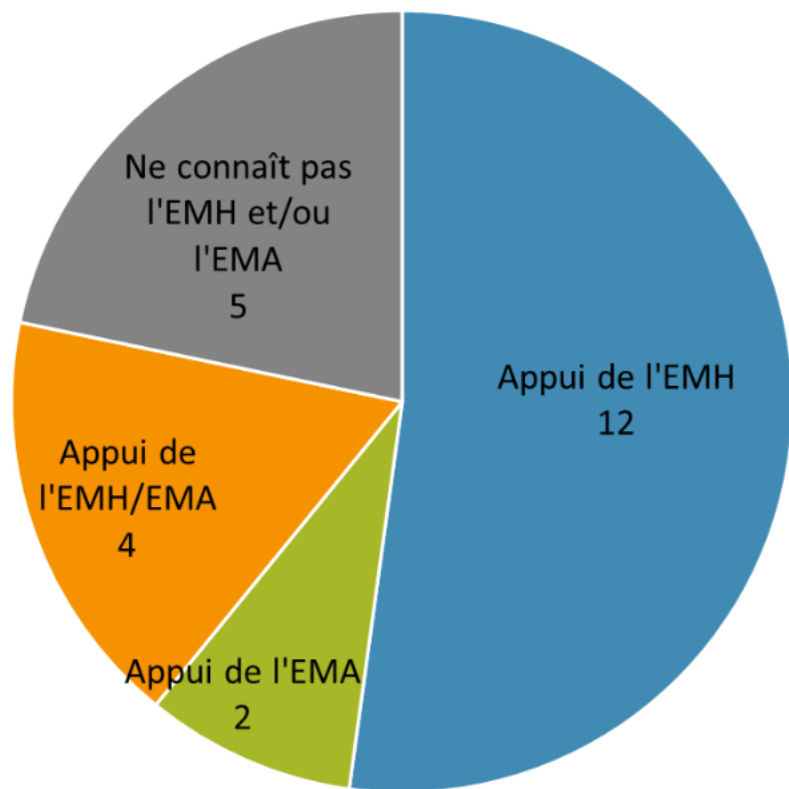


68% des non-participants pensent néanmoins utiliser les outils de la campagne ultérieurement

# EHPAD

## Organisation de la campagne

23 répondants

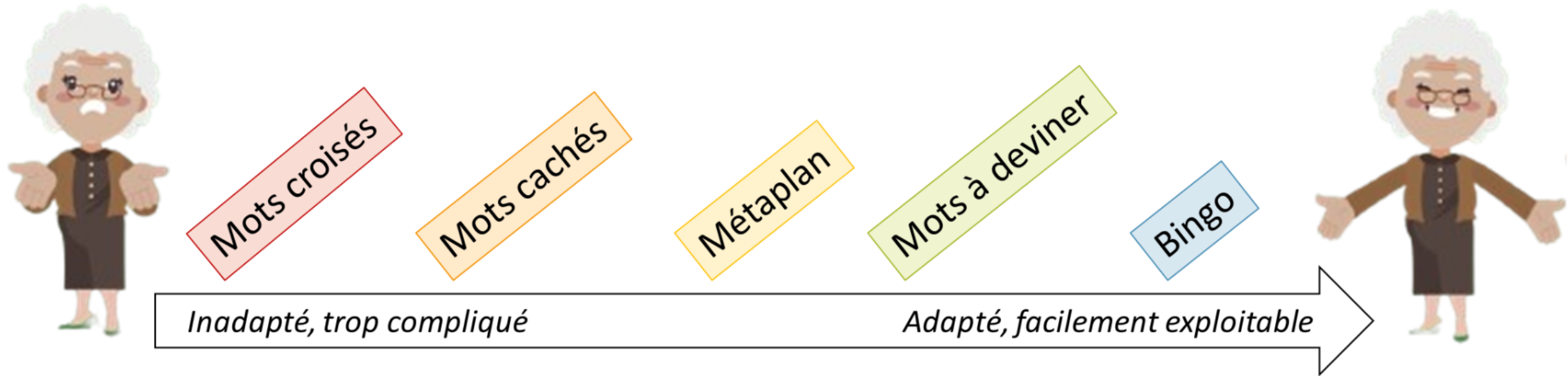


Implication majoritaire des méd co et IDEC dans la conduite de la campagne

# EHPAD Les outils : le kit de jeux pour les résidents

**212** kits de jeux téléchargés

Seuls 3 des répondants ont utilisé le kit



En moyenne > 2 séances de jeux ont été organisées

# EHPAD

## Les outils : la vidéo

**207** visionnages de la vidéo

Retour d'1 EHPAD qui a organisé une séance de visionnage :

- animée par le médecin
- les familles ont été invitées mais assez peu de participation
- discussions suite au visionnage



# Points forts / difficultés de la campagne

EHPAD 23 réponses

## Les points forts :

- Travail d'équipe et transversalité entre professionnels de l'EHPAD
- Retours positifs / intérêts / adhésion des professionnels
- Intervention ou appui de l'EMH et/ou de l'EMA
- Outils ludiques

## Les difficultés :

- Manque de temps pour l'organisation interne de la campagne (med co, IDEC)
- Toucher les résidents (peu d'intérêt, complexité du sujet, troubles cognitifs...)
- Toucher les professionnels (manque de disponibilité, ...)
- Inclure la campagne dans le programme d'animations déjà établi
- Collaborer avec les représentants des familles



Merci de votre participation

Cette campagne sera reconduite  
pour 2024

On compte sur vous pour les  
campagnes à venir !

