

Restitution de la campagne

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

Introduction

Quiz

Concours
(affiches et
slogans)

Bilan

WEBINAIRE du 5 mars 2024



Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques chez la personne âgée

Collaboration EMH-EMA, CPTS-MSP, URPS



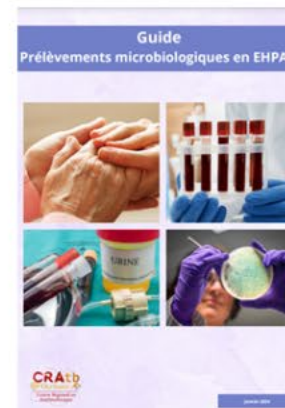
Origine du projet

- Campagne 2022 diminuons la résistance aux ATB en ES

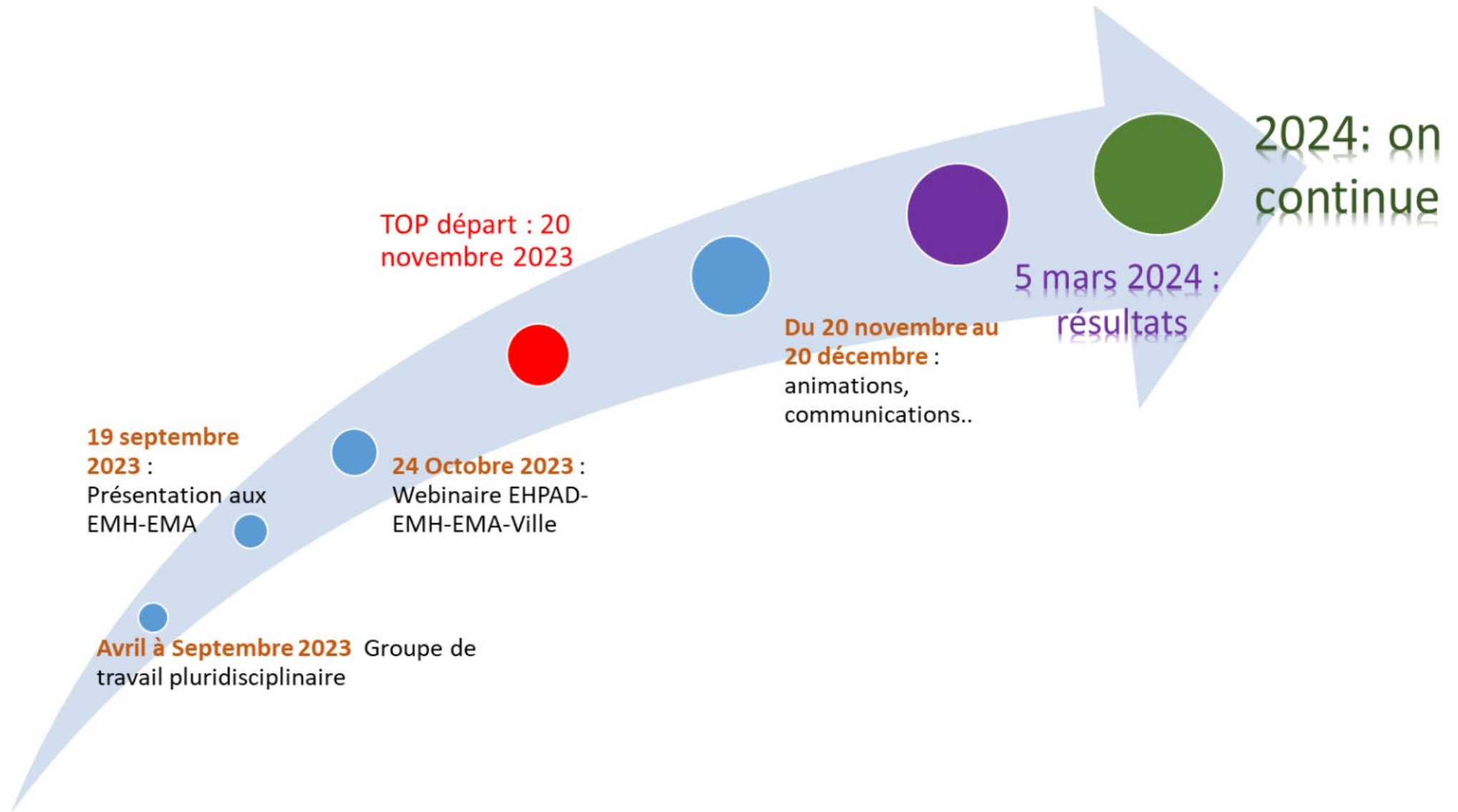
- 2023 campagne ciblée chez la personne âgée :
Professionnels et usagers



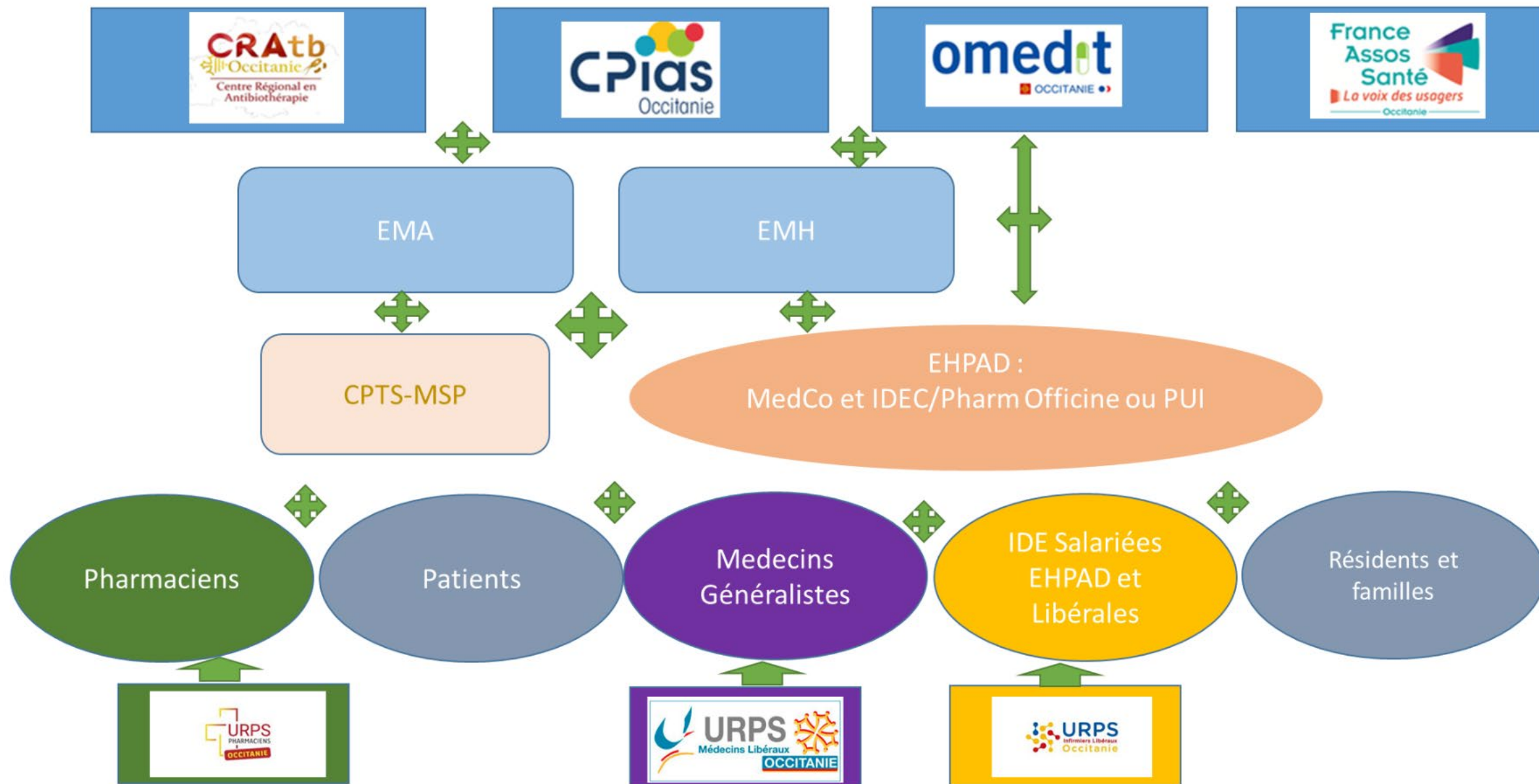
- Plaquette BUA et guide prélèvements microbiologiques en EHPAD pilotés par le CRA**t**b



Petit rappel



Tous engagés !



Les outils professionnels et grand public

1 Affiche



3 Quiz en ligne

1 score et 1 argumentaire

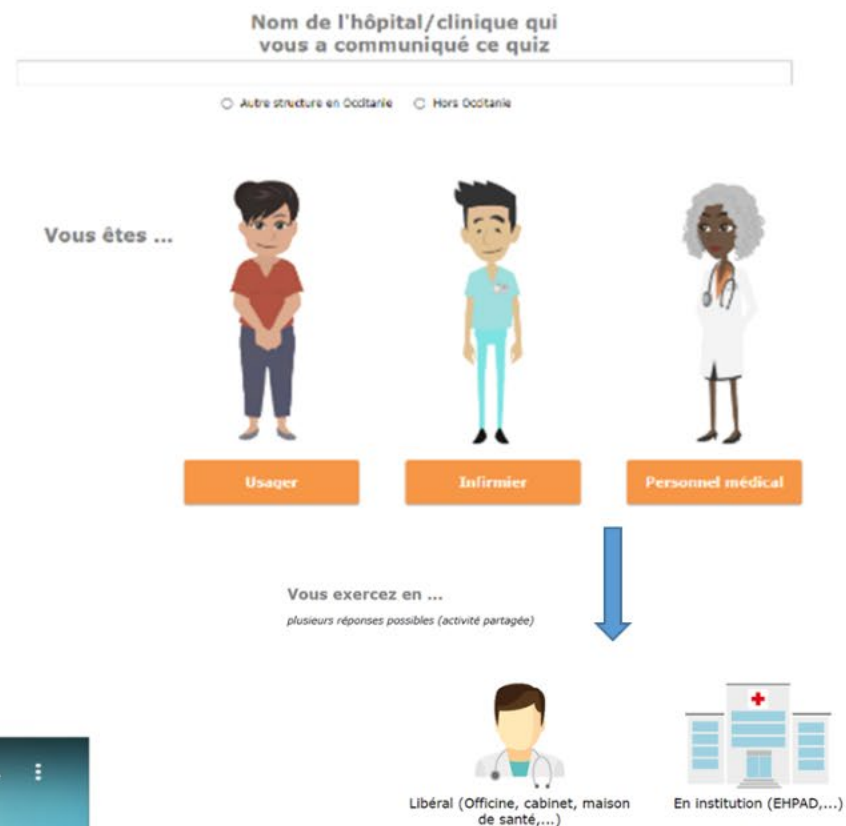
2 quiz professionnels

Médicaux
Paramédicaux

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



1 Tuto usagers



Des outils d'animation résidents et famille

1 guide d'animation



Ensemble, Diminuons la résistance aux antibiotiques chez la personne âgée
Guide d'animation pour l'EHPAD

Les EHPAD de la région Occitanie sont appelés à participer à cette campagne en proposant à leurs résidents des animations dans le cadre de la semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques.

Pour cela, une palette d'outils est mise à votre disposition :

- Des jeux de mots (bingo des mots, mots cachés, croisés et à deviner)
- Des supports à colorier, découper, coller
- Des supports vidéo à diffuser aux résidents et à leurs familles

L'ensemble de ces outils est téléchargeable [ici](#), à l'exception des vidéos. Des liens pour y accéder vous seront communiqués ultérieurement.

Les séquences d'animation autour des jeux seront conduites au sein de l'EHPAD par un animateur, paramédical et/ou médecin. Elles pourront s'étendre sur plusieurs semaines autour de la semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques, qui aura lieu du 18 au 24 novembre 2023.

Le point d'orgue de la campagne sera la projection de vidéos qui reprennent les messages clés du bon usage des antibiotiques chez la personne âgée. Ces projections seront animées par un médiateur interne à l'EHPAD (Paramédical, médecin coordonnateur, animateur) et pourront être l'occasion d'inviter les familles des résidents pour un moment convivial.

Enfin, nous proposons également aux établissements qui le souhaitent de participer à un concours de la meilleure affiche et du meilleur slogan occitans pour un meilleur usage des antibiotiques chez la personne âgée. Nous attendons vos productions avec impatience au plus tard le 29 décembre 2023. Pour l'affiche, la composition peut être complètement libre ou créée à partir des supports graphiques proposés dans le kit d'outils.

Des jeux

Les jeux du bon usage des antibiotiques - 2023

Bingo Métaplan

Mots + Définitions

A imprimer au format 9 pages/feuille, mot sur le recto, définition sur le verso

A imprimer en pleine ou demie-page, recto uniquement

Grilles de 4 mots

Grilles de 6 mots

Mots cachés

Niveau FACILE

Grille 1 ✓

Grille 2 ✓

Grille 3 ✓

Niveau MOYEN

Grille 1 ✓

Grille 2 ✓

Grille 3 ✓

Niveau DIFFICILE

Grille 1 ✓

Grille 2 ✓

Grille 3 ✓

Mots à deviner

Solutions

Grille 1 ✓

Grille 2 ✓

Grille 3 ✓

Grille 4 ✓

Mots croisés

Solutions

Grille 1 ✓

Grille 2 ✓

Grille 3 ✓

1 tuto animation



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

Un concours d'affiches et de slogans

Restitution de la campagne

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

Introduction

Quiz

Concours
(affiches et
slogans)

Bilan

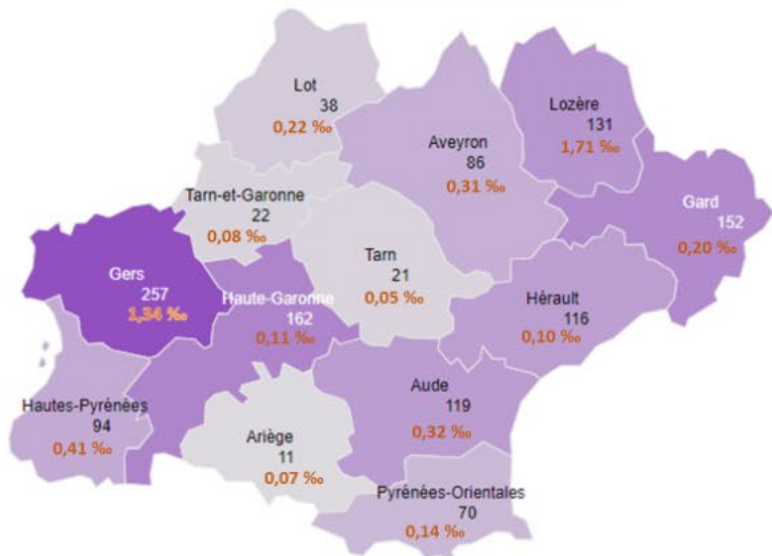
WEBINAIRE du 5 mars 2024



75 EHPAD inscrits

1 322 QUIZ
réalisés

Participation au quiz
Taux de participation/habitant



Lozère



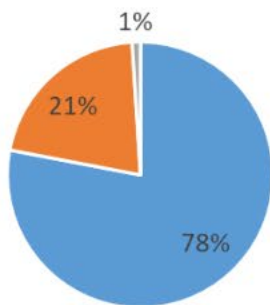
Gers



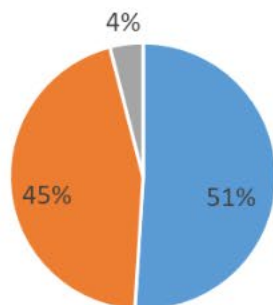
Hautes-Pyrénées

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



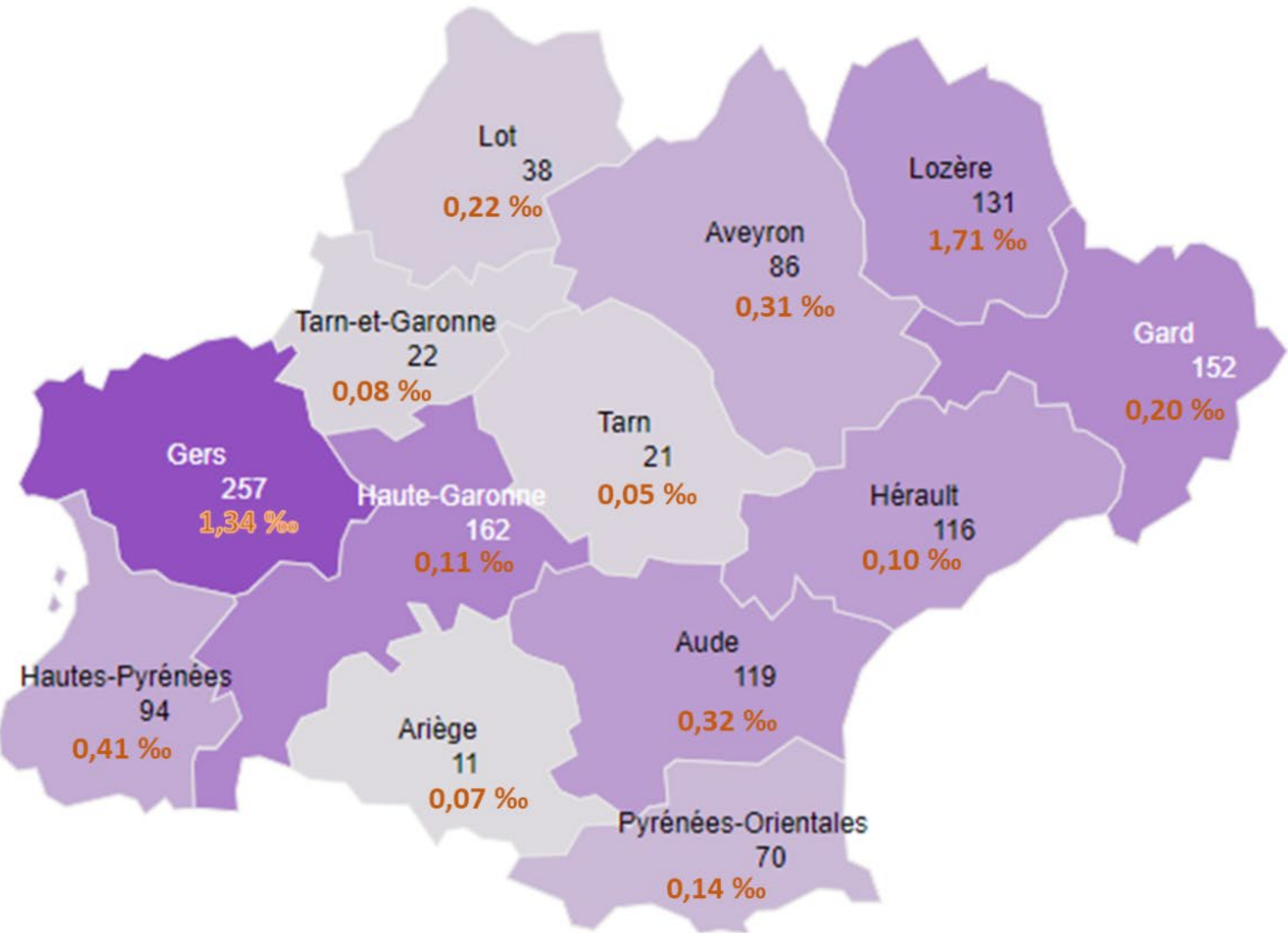
Personnel médical

389 quiz réalisés
79% de réponses correctes

75 EHPAD inscrits

1 322 QUIZ réalisés

Participation au quiz
Taux de participation/habitant



Lozère



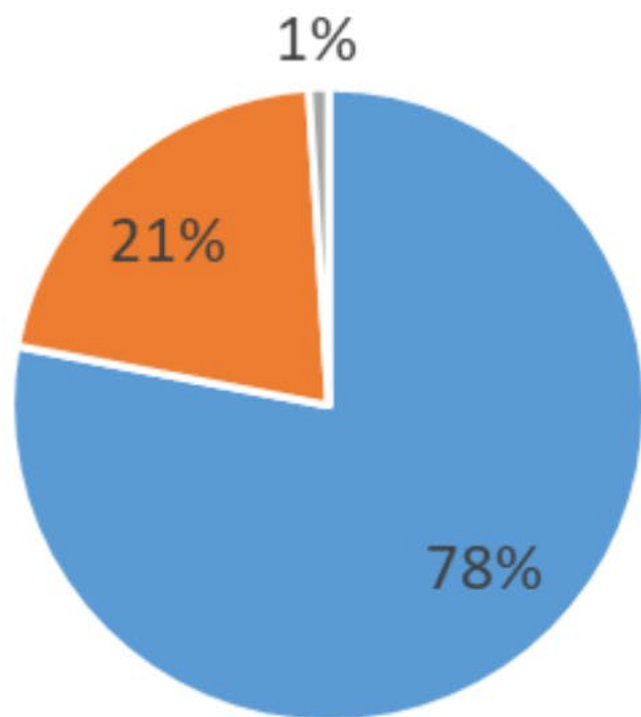
Gers



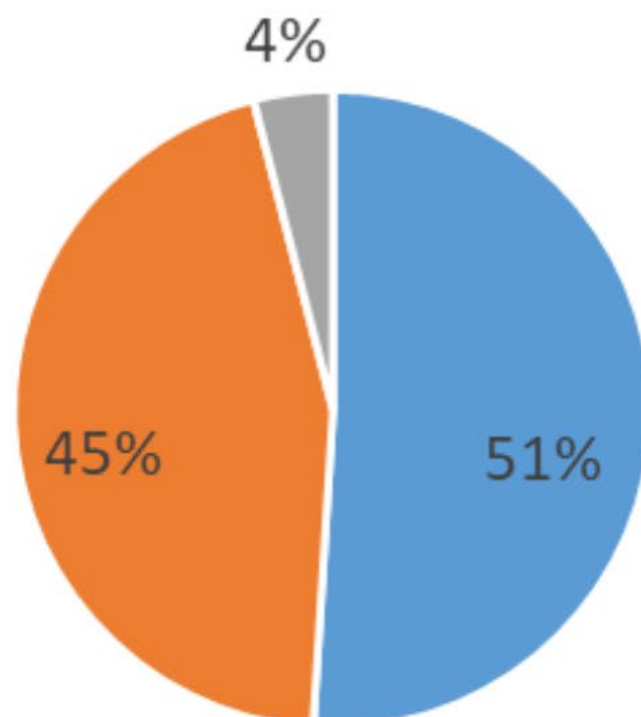
Hautes-Pyrénées

Parmi les soignants :

Infirmiers



Personnel médical

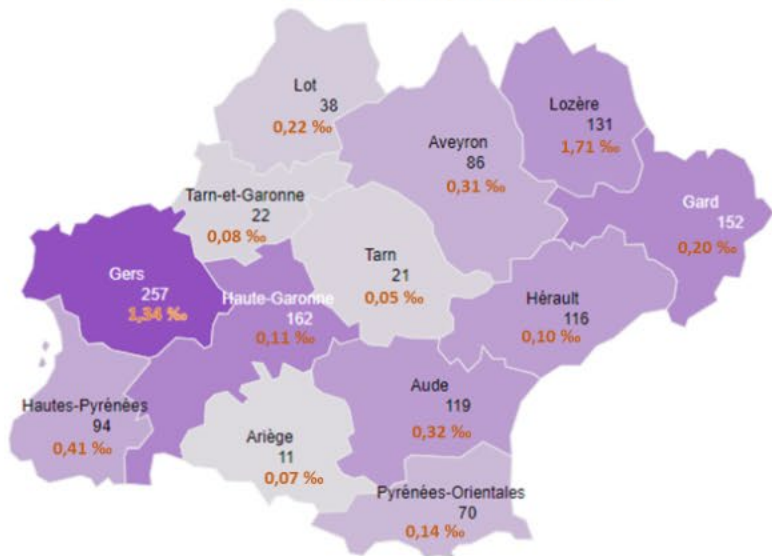


■ En institution ■ En libéral ■ Avec le double statut

75 EHPAD inscrits

1 322 QUIZ
réalisés

Participation au quiz
Taux de participation/habitant



Lozère



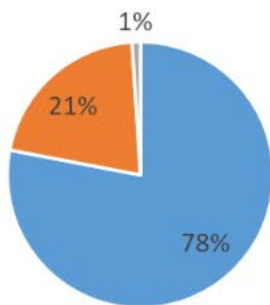
Gers



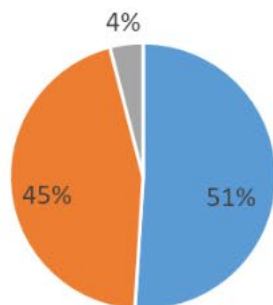
Hautes-Pyrénées

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

Q1 - "Les antibiotiques, c'est pas automatique", ça vous rappelle quelque chose ?

Aide à la lecture

✓ item vrai

✗ item faux

Les antibiotiques sont utiles uniquement sur les infections bactériennes ✓ 81 %

Les antibiotiques sont inefficaces sur les virus ✓ 82 %

Toute fièvre justifie un traitement antibiotique ✗ 97 %

La présence de bactéries dans un prélèvement est toujours signe d'une infection ✗ 78 %

Les antibiotiques peuvent provoquer des effets indésirables (allergie, diarrhée, réactions très fortes au soleil, rupture de tendons, dépression, etc...) ✓ 88 %

Taux de bonnes réponses

Q2 - J'ai mal à la gorge et j'ai des difficultés pour avaler, que dois-je faire ?

Je vais voir mon médecin pour qu'il me prescrive des antibiotiques ✗ 93 %

Je vais voir mon médecin qui pourra faire un test pour différencier l'angine bactérienne d'une angine virale et décider s'il doit me prescrire des antibiotiques ✓ 89 %

Je vais voir mon pharmacien qui pourra faire un test pour différencier l'angine bactérienne d'une angine virale et m'orienter si besoin vers un médecin ✓ 70 %

Si ce test est positif, mon médecin me prescrira un antibiotique adapté ✓ 83 %

Q3 - Connaissez-vous les conséquences possibles de la prise d'un antibiotique inadapté sur votre état de santé ?

Elle est sans risque pour ma santé car un antibiotique n'est pas un médicament dangereux ✗ 95 %

Elle n'a pas d'impact sur les bactéries normalement présentes dans mon organisme ✗ 85 %

Elle peut favoriser le développement de bactéries résistantes à cet antibiotique ✓ 84 %

Elle peut entraîner l'inefficacité de l'antibiotique lors d'une prochaine infection ✓ 88 %

Je peux échanger des bactéries devenues résistantes avec mon entourage ✓ 69 %

< 70%

< 75%

< 80%

Q4 - Comment se développent les bactéries résistantes aux antibiotiques ?

Tous les antibiotiques sont efficaces sur toutes les bactéries ✗ 96 %

Utiliser des antibiotiques actifs sur un très grand nombre de bactéries permet de réduire le risque d'apparition de résistances des bactéries aux antibiotiques ✗ 73 %

L'acquisition de bactéries multi-résistantes (BMR) ne peut se faire qu'après avoir été hospitalisé ✗ 87 %

La consommation d'animaux d'élevage traités par des antibiotiques de manière préventive participe à l'augmentation des résistances bactériennes chez l'homme ✓ 70 %

Dans moins de 30 ans, les bactéries résistantes pourraient tuer plus d'individus que le cancer ✓ 76 %

Q5 - Et si le plus simple était de ne pas transmettre les agents infectieux ?

Pour limiter mon risque de développer une infection, je vérifie que mes vaccinations sont à jour ✓ 89 %


En cas de rhume, gastro-entérite, grippe, COVID, ..., j'applique des gestes barrières adaptés (lavage des mains au savon ou friction avec du gel hydroalcoolique, port du masque et distanciation physique) ✓ 98 %

On m'a informé-e que j'étais porteur-se d'une bactérie multirésistante (BMR) ou d'une BHRé (bactérie hautement résistante émergente) aux antibiotiques. Je suis hospitalisé-e, il n'est pas nécessaire que je le signale ✗ 81 %

Au moindre signe infectieux je prends des antibiotiques qu'il me reste de la fois précédente pour guérir plus vite ✗ 96 %

Thème : « Les antibiotiques, c'est pas automatique », ça vous rappelle quelque chose ?

Taux de bonnes réponses

Les antibiotiques sont utiles uniquement sur les infections bactériennes ✓  81 %

Aide à la lecture


✓ item vrai


Les antibiotiques sont inefficaces sur les virus ✓  62 %

Réponse : Les antibiotiques agissent uniquement sur les bactéries. Ils n'ont aucune action sur les virus. Les médicaments actifs sur les virus sont des antiviraux. Notre système immunitaire élimine facilement les virus et les antiviraux sont surtout utilisés sur des personnes immunodéprimées qui peuvent être atteintes de pathologies virales très graves.

✗ item faux

Toute fièvre justifie un traitement antibiotique ✗  97 %

La présence de bactéries dans un prélèvement est toujours signe d'une infection ✗  78 %

Les antibiotiques peuvent provoquer des effets indésirables (allergie, diarrhée, réactions très fortes au soleil, rupture de tendons, dépression, etc...) ✓  88 %

Thème : J'ai mal à la gorge et j'ai des difficultés pour avaler, que dois-je faire ?

Je vais voir mon médecin pour qu'il me prescrive des antibiotiques ✘ 93 %

Je vais voir mon médecin qui pourra faire un test pour différencier l'angine bactérienne d'une angine virale et décider s'il doit me prescrire des antibiotiques ✔ 89 %

Je vais voir mon pharmacien qui pourra faire un test pour différencier l'angine bactérienne d'une angine virale et m'orienter si besoin vers un médecin ✔ 70 %

Si ce test est positif, mon médecin me prescrira un antibiotique adapté ✔ 83 %

Réponse : Vous pouvez aussi réaliser le **test chez votre pharmacien**. Le médecin peut vous prescrire une ordonnance conditionnelle c'est-à-dire que le pharmacien effectue le test et vous délivre ou non l'antibiotique en fonction du résultat.

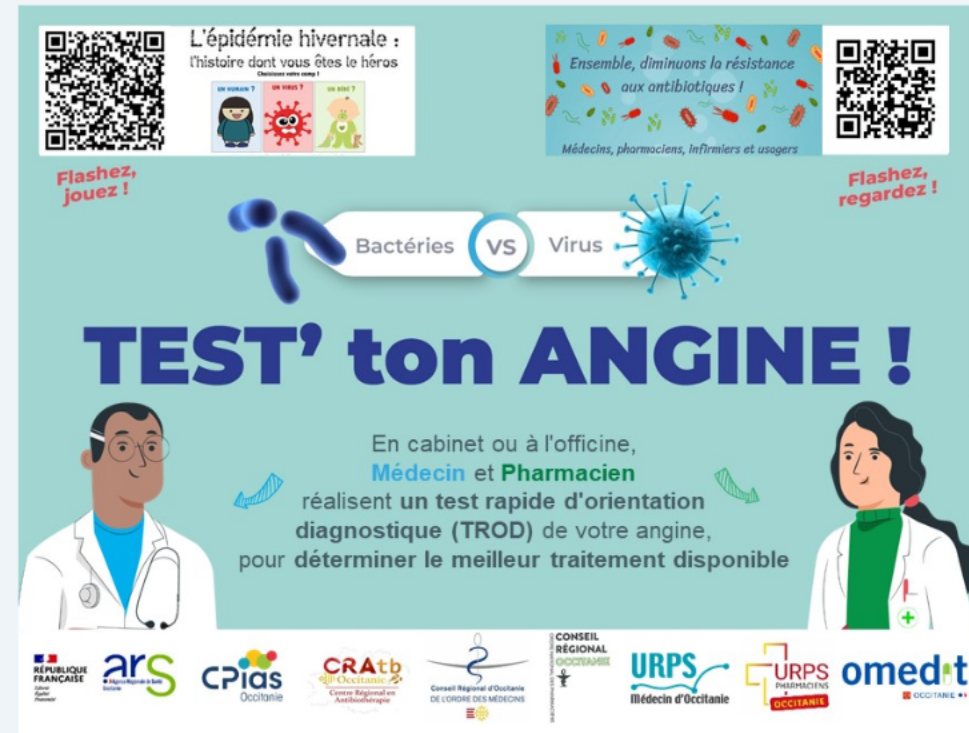
TROD angine : la dispensation conditionnelle

Selon le [décret n°2021-1631](#), du 13 décembre 2021, prescripteur indique sur ordonnance conditionnelle examens ou TROD à réaliser + résultats à obtenir pour la délivrance.

L'[arrêté](#), du 31 octobre 2023, conditionne la délivrance de certains ATB à un TROD angine positif.

Principes actifs concernés :

- amoxicilline,
- céfuroxime axétil,
- cefpodoxime,
- azithromycine,
- clarithromycine,
- josamycine.



L'épidémie hivernale : l'histoire dont vous êtes le héros

Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques !
Médecins, pharmaciens, infirmiers et usagers

Flashez, jouez !

Flashez, regardez !

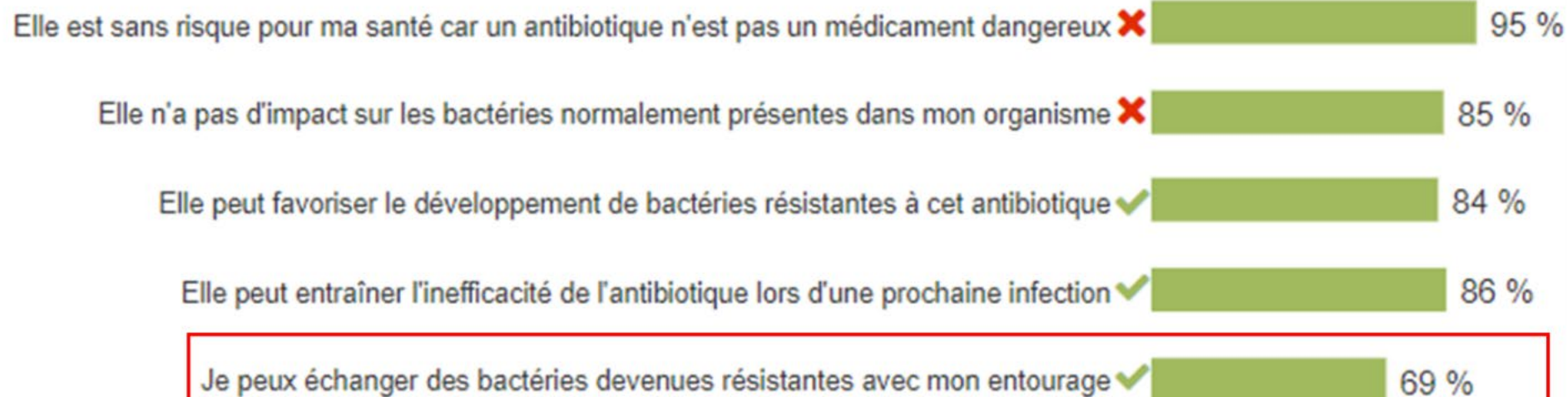
Bactéries VS Virus

TEST' ton ANGINE !

En cabinet ou à l'officine,
Médecin et **Pharmacien**
réalisent un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) de votre angine,
pour déterminer le meilleur traitement disponible

REPUBLIQUE FRANÇAISE
ARS
CPIas
CRAtb
Conseil Régional d'Occitanie
URPS
URPS
omed+t


Thème : Connaissez-vous les conséquences possibles de la prise d'un antibiotique inadapté sur votre état de santé ?



Réponse : Les bactéries, résistantes ou non, tout comme les virus peuvent **se transmettre par contact** (en se serrant la main, en touchant des poignées de porte ou tout autre objet contaminé...), **par gouttelettes ou dans l'air** (en toussant, éternuant...)

Thème : Comment se développent les bactéries résistantes aux antibiotiques ?

Tous les antibiotiques sont efficaces sur toutes les bactéries ✘  96 %

Utiliser des antibiotiques actifs sur un très grand nombre de bactéries permet de réduire le risque d'apparition de résistances des bactéries aux antibiotiques ✘  73 %

Réponse : C'est le contraire. **Plus un antibiotique est spécifique de la bactérie responsable** de la maladie (on parle de bactérie pathogène), **moins il tuera les "bonnes bactéries"** (non pathogènes) normalement présentes dans notre corps. Il y aura donc moins de risque de devenir porteur de bactéries qui résistent à cet antibiotique notamment dans notre intestin.

L'acquisition de bactéries multi-résistantes (BMR) ne peut se faire qu'après avoir été hospitalisé ✘  87 %

La consommation d'animaux d'élevage traités par des antibiotiques de manière préventive participe à l'augmentation des résistances bactériennes chez l'homme ✔  70 %

Réponse : Depuis 2006, il est interdit en Europe d'utiliser des antibiotiques comme facteurs de croissance, dans les aliments pour animaux. Mais dès qu'un animal développe une infection bactérienne, il doit recevoir un antibiotique adapté et parfois l'ensemble du cheptel doit être traité. **Chez les animaux tout comme chez l'homme**, cette utilisation entraîne la **sélection de bactéries résistantes** qui pourront être **transmises ou retrouvées dans l'environnement** (épandage, lisiers)

Dans moins de 30 ans, les bactéries résistantes pourraient tuer plus d'individus que le cancer ✔  76 %

Outils d'aide à la résolution du quiz usagers

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



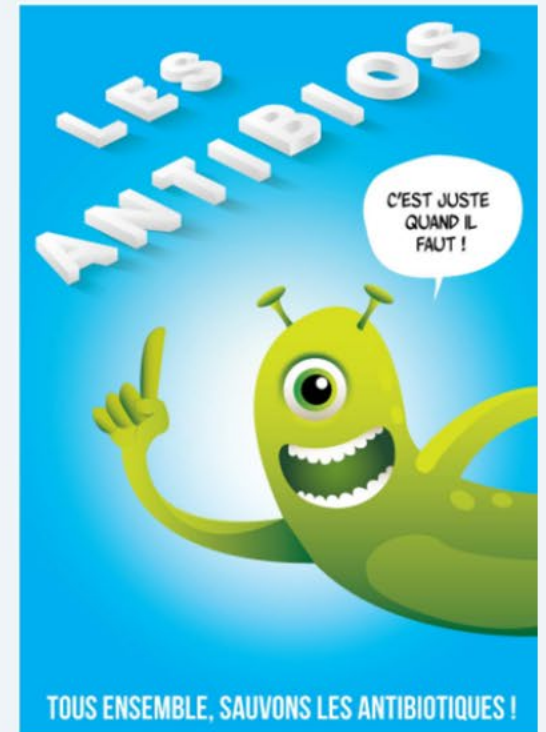
[Lien vidéo](#)

Vidéo à destination des usagers, familles :



← Vidéo à destination des résidents

[Plaquette
"Les antibiotos"](#)





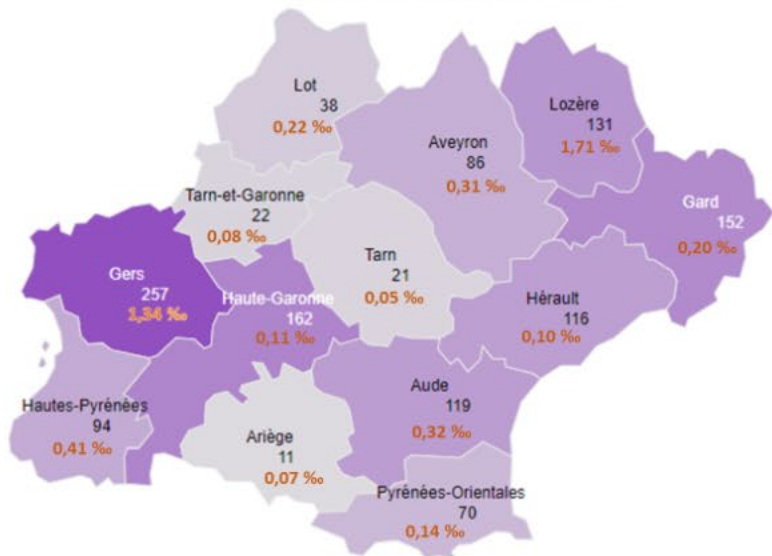
Messages à renforcer chez les usagers

- 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



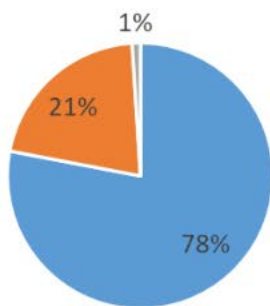
Gers



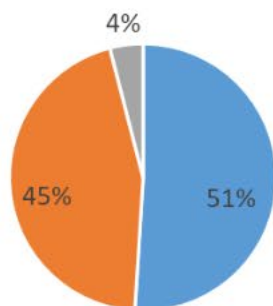
Hautes-Pyrénées

Parmi les soignants :

Infirmiers



Personnel médical



■ En institution ■ En libéral ■ Avec le double statut



Usagers

439 quiz réalisés
84% de réponses correctes



Infirmiers

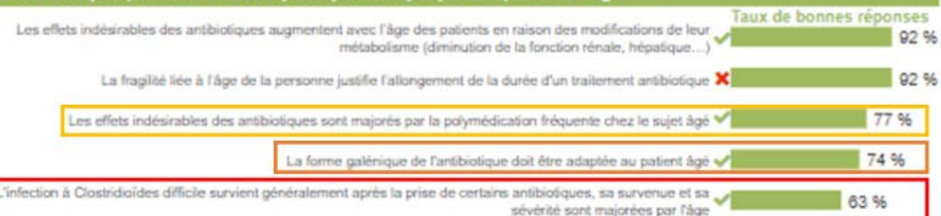
494 quiz réalisés
81% de réponses correctes



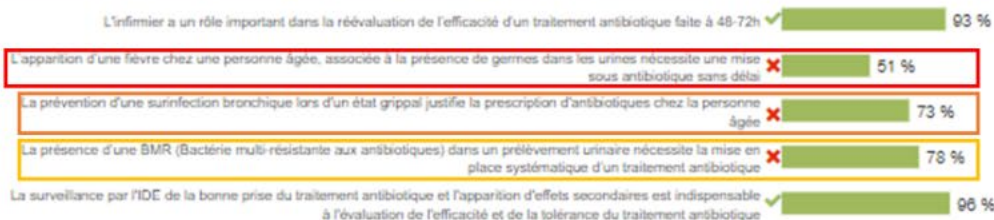
Personnel médical

389 quiz réalisés
79% de réponses correctes

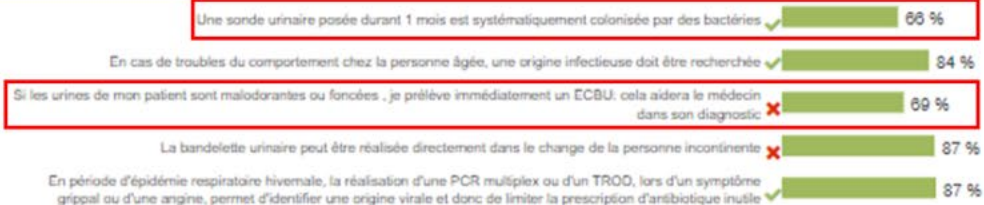
Q1 - Les antibiotiques, une famille thérapeutique à risque pour la personne âgée



Q2 - Les indications des antibiotiques chez la personne âgée



Q3 - Les non indications chez la personne âgée

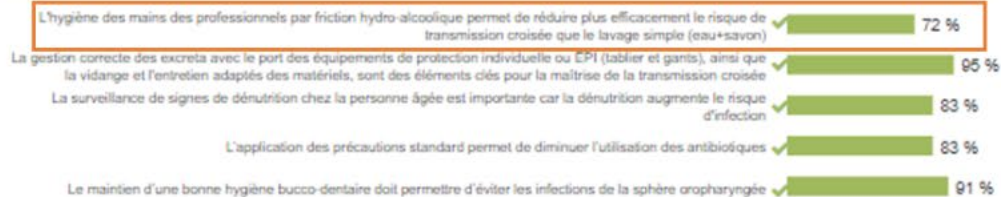


< 70%

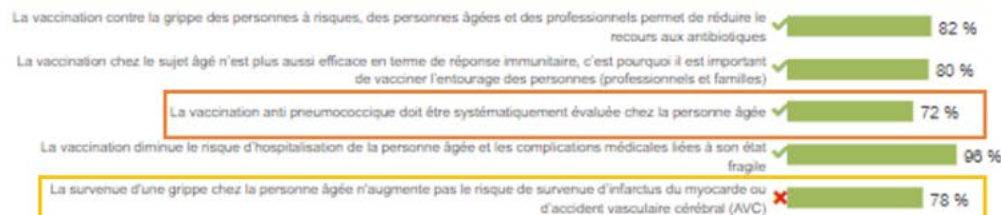
< 75%

< 80%

Q4 - L'importance de la prévention des infections



Q5 - L'apport de la vaccination



Outils d'aide à la résolution des quiz soignants

Guide
Prélèvements microbiologiques en EHPAD

CRA tb
Centre Régional en Antibiologie

Janvier 2014

Guide « Prélèvements microbiologiques en EHPAD »

Antibiotiques et personne âgée

ANTIBIOTHERAPIE EN EHPAD

Recommandations destinées aux prescripteurs, adaptés à partir des recommandations de l'ARS de la région et de l'ARS. Inclure les prescriptions du CRAS occ et de l'ARS.

Sources d'informations :

Site CRAS et CRAS Occitanie : www.cras-occ.org/
Site CRAS Occitanie : www.cras-occ.org/
Site ARS : <http://www.ars.occitanie.fr/>
Site base de données publique des médicaments (BDM) : <http://www.bdm.fr/>
Site ANSM : <http://www.ansm.sanofi.fr/>
Application AntibioM* : guide antibiologique en établissement
Site SPCF : www.spcf.org/
Site OFS (Observatoire des antibiotiques en France) : www.ofs.fr/
Site ANSM : <http://www.ansm.sanofi.fr/>
Site ARS : <http://www.ars.occitanie.fr/>
Site CRAS Occitanie : <http://www.cras-occ.org/>
Site CRAS Occitanie : <http://www.cras-occ.org/>

Nom EMA :

Coordonnées :

ars, CRA tb, CPiAs, omedt, EMA

Plaquette « Antibiothérapie en EHPAD »

BMR - BHRe en ESMS *

MODE D'EMPLOI

MAJ NOVEMBRE 2023
FÉVRIER 2023

*Établissement et Service Médico-Social

CPiAs Occitanie
www.cpias-occitanie.fr

Plaquette « BMR - BHRe en EMS »

PRÉCAUTIONS STANDARD 2017

Hygiène des mains

Lors des soins et en préalable à toute hygiène des mains :

- avoir les avant-bras dégagés,
- avoir les ongles courts, sans vernis, faux ongles ou résine,
- ne pas porter de bijou (bracelet, bague, alliance, montre).

R6

Effectuer une hygiène des mains :

1. avant un contact avec le patient,
2. avant un geste aseptique,
3. après un risque d'exposition à un produit biologique d'origine humaine,
4. après un contact avec le patient,
5. après un contact avec l'environnement du patient.

R7

La désinfection par friction avec un produit hydro-alcoolique est la technique de référence dans toutes les indications d'hygiène des mains en l'absence de saillure visible.

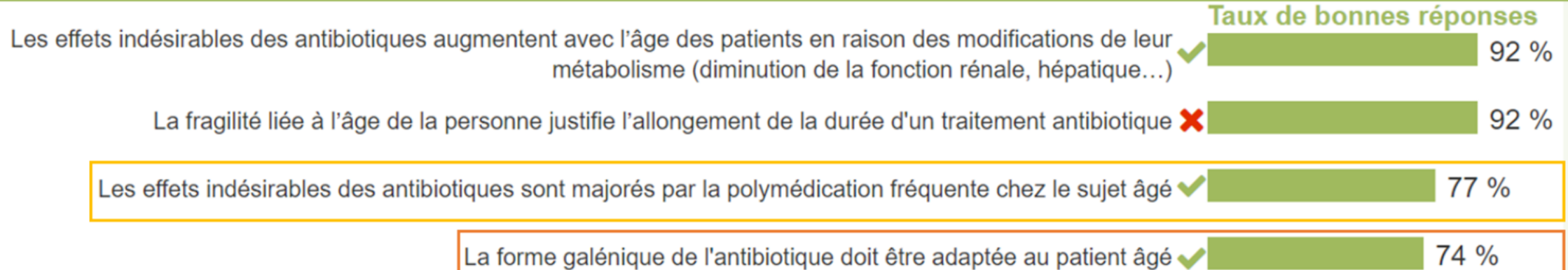
R8

R9 En cas de mains visiblement souillées, procéder à un lavage simple des mains à l'eau et au savon doux.

PHA

Plaquette PS « Hygiène des mains »

Thème : Les antibiotiques, une famille thérapeutique à risque pour la personne âgée



Réponse : La voie *per os* sera toujours privilégiée en raison du risque lié à la voie parentérale et de sa iatrogénicité modérée. En fonction des **capacités de déglutition**, on **adaptera la forme galénique**. Il existe des dispositifs d'aide à la prise orale.

L'infection à Clostridioïdes difficile survient généralement après la prise de certains antibiotiques, sa survenue et sa sévérité sont majorées par l'âge ✓ 63 %

Réponse : Les antibiotiques, et plus particulièrement ceux à **large spectre** (certaines pénicillines, les céphalosporines, les quinolones...), agissent sur les germes de la flore intestinale ce qui peut entraîner la **sélection de *Clostridioides difficile***. Le **risque de colite à *C. difficile* est deux fois plus élevé dès 65 ans et six fois plus élevé dès 80 ans** avec une forme souvent **plus sévère**, un risque de **récidive plus élevé** et une **mortalité multipliée par quatre**. Le soignant doit rester vigilant à la survenue de diarrhées profuses sous antibiotiques.

Sphère digestive

o Infection à Clostridioides difficile

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

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

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

- 1^{er} 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 (J/\ 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 Omedit Occitanie : Troubles de la déglutition

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

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

Site HAS : <http://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

Site GPR (adaptation thérapeutique à la fonction rénale) :

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 :





k 3/J PO ou IV

[T=7j]

sode en l'absence de

unodépression

1 dose) OU C3G +



ner un traitement

modérée

e)

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

Site omedit-normandie.fr

[Omedit Occitanie : Troubles de la déglutition](#)

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

Inspirée des plaques

Sources d'inform

Site CPIas et CRAth

Site OMEDIT : <http://omedit-normandie.fr>

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

Site base de données

donnees-publique.fr

Site ANSM : <https://ansm.solidarites-sante.gouv.fr>

Application Antibio

Site SPILF : www.spilf.fr

Site GPR (adaptati

www.sitegpr.com

Site abxbmi (calcul

<https://abxbmi.com>

Site ADF : <https://adfr.fr>

Site CPIas ARA : <http://cpias.ara.fr>

Nom EMA

Sphère digestive


○ *Infection à Clostridioïdes difficile*


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

**→ Fidaxomicine 200mg x 2/j ⁽¹⁾ ou Vancomycine 125mg x 4/j
(DTT=10j).**


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

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 la 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 Clostridioides difficile

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

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

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

- 1^{er} 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

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

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

Site GPR (adaptation thérapeutique à la fonction rénale) :

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, FC ≤ 100/min, SpO2 ≥ 90%

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

Pneumopathie aigue 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*

Thème : Les non indications chez la personne âgée


Une sonde urinaire posée durant 1 mois est systématiquement colonisée par des bactéries ✓  66 %


Réponse : L'incidence d'acquisition journalière d'une colonisation/sonde est de 3 à 10%. Le risque cumulé est donc largement de 100% après 30 j de sondage.

En cas de troubles du comportement chez la personne âgée, une origine infectieuse doit être recherchée ✓  84 %

Si les urines de mon patient sont malodorantes ou foncées , je prélève immédiatement un ECBU: cela aidera le médecin dans son diagnostic ✗  69 %

Réponse : Des urines malodorantes/troubles sont la plupart du temps liées à la **déshydratation**. Il convient donc **d'augmenter l'apport hydrique**. La prescription médicale d'un ECBU ne sera nécessaire qu'en présence de signes fonctionnels urinaires ou d'une décompensation chez le sujet âgé sans autre cause identifiée. Retenez ce slogan "**pipi qui pue, pas de BU**" !

La bandelette urinaire peut être réalisée directement dans le change de la personne incontinente ✗  87 %

En période d'épidémie respiratoire hivernale, la réalisation d'une PCR multiplex ou d'un TROD, lors d'un symptôme grippal ou d'une angine, permet d'identifier une origine virale et donc de limiter la prescription d'antibiotique inutile ✓  87 %

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° ambiante et de 12 heures si conservé à 4° .

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

medical (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



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

Thème : L'importance de la prévention des infections

L'hygiène des mains des professionnels par friction hydro-alcoolique permet de réduire plus efficacement le risque de transmission croisée que le lavage simple (eau+savon) ✓ 72 %

Réponse : La **Solution Hydro-Alcoolique (SHA)** a une **action sur les micro-organismes** (bactéries, virus...). Le lavage à l'eau et au savon est un geste de propreté (mains visuellement sales) Le recours à la friction Hydro-Alcoolique (FHA) permet un **gain de temps** (30 secondes pour la FHA / 1 minute 30 pour un lavage). Les SHA contiennent des émoullients et entraînent **moins de sécheresse et d'irritation** de contact que le lavage des mains (eau, savon, essuie-mains).

La gestion correcte des excréta avec le port des équipements de protection individuelle ou EPI (tablier et gants), ainsi que la vidange et l'entretien adaptés des matériels, sont des éléments clés pour la maîtrise de la transmission croisée ✓ 95 %

La surveillance de signes de dénutrition chez la personne âgée est importante car la dénutrition augmente le risque d'infection ✓ 83 %

L'application des précautions standard permet de diminuer l'utilisation des antibiotiques ✓ 83 %

Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire doit permettre d'éviter les infections de la sphère oropharyngée ✓ 91 %

Hygiène des mains

Lors des soins et en préalable à toute hygiène des mains :

- avoir les avant-bras dégagés,
- avoir les ongles courts, sans vernis, faux ongles ou résine,
- ne pas porter de bijou (bracelet, bague, alliance, montre).

R6



Effectuer une hygiène des mains :

1. avant un contact avec le patient,
2. avant un geste aseptique,
3. après un risque d'exposition à un produit biologique d'origine humaine,
4. après un contact avec le patient,
5. après un contact avec l'environnement du patient.

R7



La désinfection par friction avec un produit hydro-alcoolique est la technique de référence dans toutes les indications d'hygiène des mains en l'absence de souillure visible.

R8



R9

En cas de mains visiblement souillées, procéder à un lavage simple des mains à l'eau et au savon doux.



ICI NOUS UTILISONS LES

**PRODUITS
HYDRO (PHA)
ALCOOLIQUE**

POUR PROTÉGER VOS PROCHES !
FRICIONNEZ-VOUS LES MAINS AVANT
ET APRÈS CONTACT DIRECT AVEC LE
RÉSIDENT OU SON ENVIRONNEMENT



AVANT
& APRÈS
CONTACT

PRODUIT
HYDRO-
ALCOOLIQUE

Pourquoi pas vous ?


L'hygiène des mains c'est aussi pour se protéger


Plus d'informations sur
www.antibioresistance.fr

La désinfection par friction avec un produit hydro-alcoolique est la technique de référence dans toutes les indications d'hygiène des mains en l'absence de souillure visible.

R8

Thème : L'apport de la vaccination


La vaccination contre la grippe des personnes à risques, des personnes âgées et des professionnels permet de réduire le recours aux antibiotiques ✓  82 %


La vaccination chez le sujet âgé n'est plus aussi efficace en terme de réponse immunitaire, c'est pourquoi il est important de vacciner l'entourage des personnes (professionnels et familles) ✓  80 %

La vaccination anti pneumococcique doit être systématiquement évaluée chez la personne âgée ✓  72 %

Réponse : En France, le **risque d'infection invasive à pneumocoque (IIP) augmente avec l'âge**. Il est multiplié par trois entre 50 à 69 ans, par cinq entre 70 à 79 ans, par douze après 80 ans par rapport aux adultes < 49 ans. L'incidence est **dix fois plus élevée en Ehpad** que pour des patients du même âge à domicile.



La vaccination diminue le risque d'hospitalisation de la personne âgée et les complications médicales liées à son état fragile ✓  96 %

La survenue d'une grippe chez la personne âgée n'augmente pas le risque de survenue d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral (AVC) ✗  78 %

Sphère respiratoire




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


⇒ *utilité des TROD*

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

* *Pneumopathie aigüe*

Thème : L'apport de la vaccination


La vaccination contre la grippe des personnes à risques, des personnes âgées et des professionnels permet de réduire le recours aux antibiotiques ✓  82 %


La vaccination chez le sujet âgé n'est plus aussi efficace en terme de réponse immunitaire, c'est pourquoi il est important de vacciner l'entourage des personnes (professionnels et familles) ✓  80 %

La vaccination anti pneumococcique doit être systématiquement évaluée chez la personne âgée ✓  72 %

Réponse : En France, le **risque d'infection invasive à pneumocoque (IIP) augmente avec l'âge**. Il est multiplié par trois entre 50 à 69 ans, par cinq entre 70 à 79 ans, par douze après 80 ans par rapport aux adultes < 49 ans. L'incidence est **dix fois plus élevée en Ehpad** que pour des patients du même âge à domicile.



La vaccination diminue le risque d'hospitalisation de la personne âgée et les complications médicales liées à son état fragile ✓  96 %

La survenue d'une grippe chez la personne âgée n'augmente pas le risque de survenue d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral (AVC) ✗  78 %



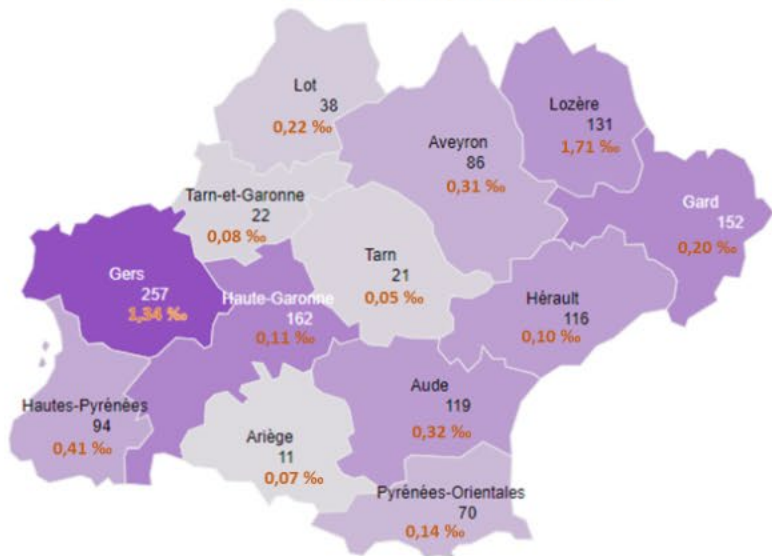
Messages à renforcer chez les infirmiers

- 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



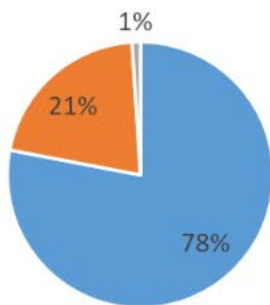
Gers



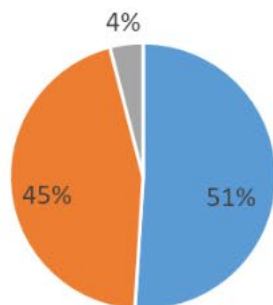
Hautes-Pyrénées

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

Q1 - Infections urinaires

	Taux de bonnes réponses
Aide à la lecture	72 %
item vrai	72 %
item faux	61 %
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 %

Q2 - Infections respiratoires

Un(e) résident(e) vient de faire une fausse route pendant son petit déjeuner, vous débutez une antibiothérapie le jour même par amoxicilline-acide clavulanique	94 %
Un(e) patient(e) a fait une pneumonie traitée par amoxicilline-acide clavulanique, s'il (elle) est apyrétique et non oxygène-requérante après 3 jours il est possible d'arrêter les antibiotiques au 5ème jour	69 %
Les fluoroquinolones en dehors de leur impact écologique doivent être évitées chez les patients âgés en raison de leurs effets indésirables	82 %
Chez un(e) résident(e) qui a des troubles de la déglutition, il est préférable d'écraser son traitement antibiotique pour le mélanger avec son yaourt	74 %
En situation de fin de vie, en cas d'encombrement, une antibiothérapie par ceftriaxone par voie sous-cutanée améliore le confort du patient	89 %

Q3 - Hygiène / Vaccination

Le rappel des précautions standard et complémentaires par les professionnels médicaux auprès des patients, familles, personnels paramédicaux et intervenants permet de lutter contre les surinfections et agissent contre l'antibiorésistance	94 %
La connaissance et le suivi vaccinal des personnes âgées diminuent le risque de surinfections et jouent un rôle non négligeable dans la diminution des événements cardio-vasculaires graves chez ces populations âgées	80 %
La mise en place des précautions complémentaires en EHPAD n'est utile qu'en cas d'épidémie	90 %
La mise en place de précautions complémentaires contact impose que le résident en EHPAD reste en chambre pour les repas	72 %
Le vaccin "Zona" est recommandé chez tous les résidents d'EHPAD pour éviter la transmission du virus	80 %

< 70%

< 75%

< 80%


Q4 - Infections cutanées

Un patient se présente suite à l'apparition brutale d'un placard inflammatoire bien circonscrit de la jambe droite associé à une fièvre. Devant ce tableau vous évoquez, en priorité le diagnostic de dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante	79 %
Vous diagnostiquez une dermo-hypodermite non nécrosante dont le point de départ est un inserto chez une patiente en surpoids de 75 ans. Vous mettez donc en place une antibiothérapie par Amoxicilline-Acide clavulanique pendant 7 jours	70 %
Vous diagnostiquez un furoncle corrigé au niveau de la joue droite d'un patient de 80 ans. Vous décidez donc de mettre en place une antibiothérapie locale et per os après réalisation d'un prélèvement bactériologique du pus	77 %
Devant un abcès de l'aisselle, vous prescrivez, en première intention, une antibiothérapie par Pristinamycine ou Clindamycine pendant 5 jours et prévoyez, en cas d'échec, une incision et drainage du pus	65 %
En cas d'impétigo peu étendu au niveau de l'abdomen, une antibiothérapie locale par Mupirocine pendant 5 jours est recommandée associée à des soins de toilette (nettoyage à l'eau et au savon)	67 %


Q5 - Diarrhées infectieuses

Les cas groupés de gastro-entérites chez la personne âgée en institution sont d'origine bactériennes majoritairement	92 %
La mise en évidence d'une diarrhée à rotavirus chez un résident de l'EHPAD rend inutile la mise en place de précaution complémentaire à son égard	89 %
Les colites à Clostridioides difficile peuvent survenir après une dose unique d'antibiotique, avec tous les antibiotiques y compris la vancomycine et le métronidazole	76 %
La poursuite de l'antibiothérapie est un facteur d'échec de la prise en charge des colites à Clostridioides difficile	57 %
Les récurrences des colites à Clostridioides difficile sont plus fréquentes quelle que soit l'antibiothérapie chez les personnes ayant déjà présenté un épisode	79 %


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 (>10⁴/mL ou 10/mm³) et 2°), à la culture, de bactéries (>10³UFC/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 a 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° ambiante et de 12 heures si conservé à 4° .

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.


Thème : Infections respiratoires

Un(e) résident(e) vient de faire une fausse route pendant son petit déjeuner, vous débutez une antibiothérapie le jour même par amoxicilline acide clavulanique ✗  94 %


Un(e) patient(e) a fait une pneumonie traitée par amoxicilline-acide clavulanique, s'il (elle) est apyrétique et non oxygéno-requérante après 3 jours il est possible d'arrêter les antibiotiques au 5ème jour ✓  69 %

Réponse : Les données de la littérature montrent qu'un **traitement court - 5 jours voire 3 jours** - chez des patients ayant une **bonne évolution clinique** (apyrexie, pas d'oxygénothérapie nécessaire) est **suffisant** pour traiter les **pneumonies bactériennes**.

Les fluoroquinolones en dehors de leur impact écologique doivent être évitées chez les patients âgés en raison de leurs effets indésirables ✓  82 %

Chez un(e) résident(e) qui a des troubles de la déglutition, il est préférable d'écraser son traitement antibiotique pour le mélanger avec son yaourt ✗  74 %

Réponse : Avant d'écraser un comprimé ou d'ouvrir une gélule, il faut **vérifier que cela soit possible avec la galénique** (possibilité de vérifier sur le Vidal ou sur le site de l'Omedit Normandie). Un certain nombre d'antibiotiques comme les fluoroquinolones, les cyclines, les macrolides peuvent être **chélatés par le calcium**. Si on doit les écraser, il ne faut pas les mélanger avec du yaourt qui va les chélater et diminuer leur absorption. Il faut les administrer avec un **véhicule neutre comme l'eau**.

En situation de fin de vie, en cas d'encombrement, une antibiothérapie par ceftriaxone par voie sous-cutanée améliore le confort du patient ✗  89 %

Sphère digestive

- **Infection à Clostridioides difficile**
Diarrhée avec exposition récente (<3 mois) aux antibiotiques : recherche de toxines de Clostridioides difficile -> Si positif :
→ Fidaxomicine 200mg x 2/j^[1] ou Vancomycine 125mg x 4/j PO^[1] [DTT=10].

- [1] Disponibles uniquement en pharmacie hospitalière sur prescription hospitalière (téléconsultation ou télé-expertise)
- 1^{er} 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-CD.pdf>)



- **Cholécystite et angiocholite**

Imagerie (Écho et/ou Scanner) et avis chirurgical

À défaut, traitement d'attente :

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

- **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 + métronidazole IV (cf doses ci-dessus)



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/grieffure 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 :

Syndrôme infectieux (fièvre ou hypothermie)

ET

Signes de mauvaise tolérance (hypotension ou choc, polygnée 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 : Prélèveur ECBU + 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 majeur
- **Effets secondaires majorés** : diarrhées, infection à C. difficile, candidose buccale, confusion (I, 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 orale sont :

Site www.amedit.fr Dmedit Occitanie - Troubles de la déglutition

Alternatives pédoniques, 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)

Sulfaméthoxazole/triméthoprime 400/80 et 800/160 mg (solution buvable)

Ecrasement possible et à consommer sans délai

Pivmécillina m 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-oedème, 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 choc antérieur 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'ANSA, de la SPKF et de l'HAS. Inspirée des plaquettes du CRAib ARA et EMH ARA.

Sources d'informations :

Site CPias et CHAtb Occitanie : www.cpias-occitanie.fr

Site OMEEDIT : <https://omedit-mig.jmdofree.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 SPLF : www.infectiologie.com

Site GPR (adaptation thérapeutique à la fonction rénale) : www.sitegpr.com

Site abxmi (calcul du dosage des antibiotiques en situation d'obésité) : <https://abxmi.com/>

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

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

Nom EMA :

Coordonnées :



Sphère Urinaire

- **Cystite à risque de complication (dont cystite aigüe)**
- 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=7]
2. Pivmécillina m 400mg x 2/j [DTT=7]
3. Nitrofurantoïne 100mg x 3/j [DTT=7]
4. Fosfomycine-trométamol 3g à J1-J3-J5 (= 3 prises)
5. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j [DTT=5]

*Pyélonéphrite aiguë 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=10]
2. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j [DTT=10]
3. Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j [DTT=10]

Si allergie Type I à l'amoxicilline :

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

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

*Prostatite aiguë 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=14]
- Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j [DTT=14]
- Ofloxacine 200mgx2/j, ou Lévofloxacine 500mg x1/j, Ciprofloxacine 500mg x2/j [DTT=14]

Ne pas utiliser Nitrofurantoïne, Cefixime, 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 Gentamicine 5mg/kg OU Amikacine 20 mg/kg en IV

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

Si choc septique / geste urologique ou traitement oral impossible : Avis infectiologique

→ 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 infectiologique 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=7]
- OU Cefixime 1g x3/j [DTT=7]
- OU Pristinamycine 1g x3/j [DTT=7] [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=7]

Si allergie non grave : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Métronidazole 500 mg x 3

[DTT=7]

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

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

- **Dermohypodermite bactérienne non nécrosante (Erysipèle)**

- Porte d'entrée intertrigo : Amoxicilline 1 g x 3/j [DTT=7]

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

- **Furoncle compliqué**

• Pristinamycine 1g x2-3/j OU Clindamycine 600mgx3/j [DTT=5]

- **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=7]

Sphère respiratoire



Les infections respiratoires en EHPAD sont souvent virales

→ **utilité des TROQ**

⇒ 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 : 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=5]

Si allergie Type 1 : Pristinamycine 1g x3 /j [DDT=5]

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

→ Amoxicilline/ac clav 1g x3/j [DTT=5]

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

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

Si colonisation connue à Pseudomonas aeruginosa = avis infectiologique ou pneumologue référent

Si colonisation connue à Pseudomonas aeruginosa = avis infectiologique ou pneumologue référent

Abréviations :

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



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

Site omedit-normandie.fr

[Omedit Occitanie : Troubles de la déglutition](#)

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)

Sulfaméthoxazole/triméthoprime 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

l'HAS.

Inspirée des plaquet

Sources d'inform

Site CPIas et CRAtb C

Site OMEDIT : <https://>

Site HAS : <https://w>

Site base de donnée

donnees-publique.m

Site ANSM : <https://>

Application Antibioc

Site SPILF : www.info

Site GPR (adaptation

www.sitegpr.com

Site abxbmi (calcul d

<https://abxbmi.com>

Site ADF : <https://ad>

Site CPIas ARA : <http>

Nom EMA :

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 : $T \leq 37,8$ °c et au moins 3 signes de stabilité clinique parmi : $TAS \geq 90$ mmhg, $FR \leq 24$ /min, $FC \leq 100$ /min, $SpO_2 \geq 90\%$


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


Pneumopathie aigue hors contexte d'inhalation

- Simple :

Thème : Hygiène / vaccination


Le rappel des précautions standard et complémentaires par les professionnels médicaux auprès des patients, familles, personnels paramédicaux et intervenants permet de lutter contre les surinfections et agissent contre l'antibiorésistance ✓  94 %

La connaissance et le suivi vaccinal des personnes âgées diminuent le risque de surinfections et jouent un rôle non négligeable dans la diminution des événements cardio-vasculaires graves chez ces populations âgées ✓  89 %

La mise en place des précautions complémentaires en EHPAD n'est utile qu'en cas d'épidémie ✗  90 %

La mise en place de précautions complémentaires contact impose que le résident en EHPAD reste en chambre pour les repas ✗  72 %

Réponse : Un résident en EHPAD en précaution complémentaire contact impose aux soignants une surveillance de l'hygiène des mains rigoureuse de ce patient ainsi que de tous les intervenants et des soignants eux-mêmes. Une vigilance accrue sur la gestion des excréta de ce résident est à noter en fonction de son autonomie ou pas. Concernant la prise des repas : une **hygiène des mains** par friction hydro alcoolique ou lavage des mains simple avant et après installation suffit. A noter l'importance d'un **bionettoyage avec désinfectant adapté de la salle réfectoire au quotidien**.

Le vaccin "Zona" est recommandé chez tous les résidents d'EHPAD pour éviter la transmission du virus ✗  80 %

BMR - BHRe en ESMS *

MODE D'EMPLOI



MAJ NOVEMBRE 2023
FEVRIER 2021

*Etablissement et Service Médico-Social

CPias
Occitanie

Centre d'appui pour la prévention
des infections associées aux soins


www.cpias-occitanie.fr




Lieu de vie : ne pas isoler le résident


Accès aux espaces de vie communs et aux activités dans le respect des règles d'hygiène (hygiène des mains du résident, port de vêtements propres, pansement protégé, entretien du matériel utilisé)


Thème : Infections cutanées

Un patient se présente suite à l'apparition brutale d'un placard inflammatoire bien circonscrit de la jambe droite associé à une fièvre. Devant ce tableau vous évoquez, en priorité le diagnostic de dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante  79 %


Vous diagnostiquez une dermohypodermite non nécrosante dont le point de départ est un intertrigo chez une patiente en surpoids de 75 ans. Vous mettez donc en place une antibiothérapie par Amoxicilline-Acide clavulanique pendant 7 jours  70 %


Réponse : Dans la dermohypodermite bactérienne non nécrosante (érysipèle) dont la porte d'entrée identifiée est un intertrigo, le germe le plus fréquemment retrouvé est bien **Streptococcus pyogenes** (streptocoque du groupe A). Celui-ci est très **sensible à l'Amoxicilline** (dose recommandée ici = 50 mg/kg/jour). En cas d'allergie, les alternatives sont la Pristinamycine à la dose de 1g, 3 fois par jour pendant 7 jours ou la Clindamycine à la dose de 600 mg 3 fois par jour (jusqu'à 4 fois par jour si poids > 100 kg) pendant 7 jours.

Vous diagnostiquez un furoncle compliqué au niveau de la joue droite d'un patient de 80 ans. Vous décidez donc de mettre en place une antibiothérapie locale et per os après réalisation d'un prélèvement bactériologique du pus  77 %

Devant un abcès de l'aisselle, vous prescrivez, en première intention, une antibiothérapie par Pristinamycine ou Clindamycine pendant 5 jours et prévoyez, en cas d'échec, une incision et drainage du pus  65 %

Réponse : La prise en charge de l'abcès est **chirurgicale et médicale**. Elle associe **une incision/drainage de l'abcès avec réalisation d'un prélèvement bactériologique du pus et une antibiothérapie pendant 5 jours**, soit par **Clindamycine** per os (ou IV) à la dose de 600 mg 3 fois par jour (4 fois par jour si poids > 100 kg), soit par **Pristinamycine** à la dose 1 g, 3 fois par jour, soit (si voie orale impossible ou difficile) par Oxacilline ou Cloxacilline IV à la dose de 6 à 12 g/jour ou encore par Céfazoline IV à la dose de 3 à 6 g/ jour, après vérification du statut allergique vis à vis des bêta-lactamines.

En cas d'impétigo peu étendu au niveau de l'abdomen, une antibiothérapie locale par Mupirocine pendant 5 jours est recommandée associée à des soins de toilette (nettoyage à l'eau et au savon)  67 %

Réponse : En cas d'impétigo localisé, peu étendu, on réalise des **soins de toilette quotidiens ou biquotidiens**, avec nettoyage à l'eau et au savon suivi d'un rinçage soigneux, sans application d'antiseptiques locaux. Une **antibiothérapie locale par mupirocine** : 2 à 3 applications par jour **pendant 5 jours complète le traitement**. En cas de formes graves d'impétigo (ecthyma, impétigo avec une surface cutanée atteinte > 2% de la surface corporelle, impétigo avec plus de 6 lésions, extension rapide  Prézi), une antibiothérapie orale pendant 7 jours (Pristinamycine 1 g, 3 fois par jour ou Céfalexine 2 à 4 g par jour) est recommandée sans attendre les résultats du prélèvement bactériologique. L'antibiothérapie sera adaptée, si nécessaire, aux résultats bactériologiques. L'antibiothérapie locale n'est pas indiquée.



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 (DTT=10j) OU Lévofloxacine 500mg/j (DTT=7j si quinolones ou bêta-lactamines 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 1g 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, FC ≤ 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 x 3/j (DTT=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


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)***

Thème : Diarrhées infectieuses

Les cas groupés de gastro-entérites chez la personne âgée en institution sont d'origine bactériennes majoritairement ✗  92 %

La mise en évidence d'une diarrhée à rotavirus chez un résident de l'EHPAD rend inutile la mise en place de précaution complémentaire à son égard ✗  89 %


Les colites à Clostridioides difficile peuvent survenir après une dose unique d'antibiotique, avec tous les antibiotiques y compris la vancomycine et le métronidazole ✓  76 %

La poursuite de l'antibiothérapie est un facteur d'échec de la prise en charge des colites à Clostridioides difficile ✓  57 %

Réponse : Certains antibiotiques sont plus fréquemment associés aux ICD comme les **antibiotiques à large spectre et à activité anti-anaérobie**. Une dose d'antibiotique peut induire une ICD mais les **traitements antibiotiques de plusieurs jours ou semaines sont plus à risque**. Il est donc nécessaire de ne pas prolonger inutilement les antibiothérapies. Lors d'une ICD, la première mesure à effectuer est **d'arrêter l'antibiotique incriminé si cela est possible**.



The image contains three informational cards. The first, 'Système digestif', lists various digestive conditions and their treatments. The second, 'Antibiotiques et personnes âgées', provides a list of antibiotics and their specific dosages for elderly patients. The third, 'ANTIBIOTHERAPIE EN EHPAD', is a flowchart detailing the protocol for antibiotic therapy in nursing homes, including criteria for starting and stopping treatment, and the use of probiotics.

Les récurrences des colites à Clostridioides difficile sont plus fréquentes que ce soit l'antibiothérapie chez les personnes ayant déjà présenté un épisode ✓  79 %

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

Thème : Diarrhées infectieuses

Les cas groupés de gastro-entérites chez la personne âgée en institution sont d'origine bactériennes majoritairement ✗ 92 %

La mise en évidence d'une diarrhée à rotavirus chez un résident de l'EHPAD rend inutile la mise en place de précaution complémentaire à son égard ✗ 89 %

Les colites à Clostridioides difficile peuvent survenir après une dose unique d'antibiotique, avec tous les antibiotiques y compris la vancomycine et le métronidazole ✓ 76 %

La poursuite de l'antibiothérapie est un facteur d'échec de la prise en charge des colites à Clostridioides difficile ✓ 57 %

Réponse : Certains antibiotiques sont plus fréquemment associés aux ICD comme les **antibiotiques à large spectre et à activité anti-anaérobie**. Une dose d'antibiotique peut induire une ICD mais les **traitements antibiotiques de plusieurs jours ou semaines sont plus à risque**. Il est donc nécessaire de ne pas prolonger inutilement les antibiothérapies. Lors d'une ICD, la première mesure à effectuer est **d'arrêter l'antibiotique incriminé si cela est possible**.

The image shows three informational cards. The first, 'Système digestif', lists various digestive system conditions and treatments. The second, 'Antibiotiques et personne âgée', provides guidelines for antibiotic use in the elderly, including a list of antibiotics and their dosages. The third, 'ANTIBIOTHERAPIE EN EHPAD', is a checklist for antibiotic therapy in nursing homes, covering patient assessment, antibiotic selection, and monitoring.

Les récurrences des colites à Clostridioides difficile sont plus fréquentes que ce soit l'antibiothérapie chez les personnes ayant déjà présenté un épisode ✓ 79 %

Messages à renforcer chez le personnel médical

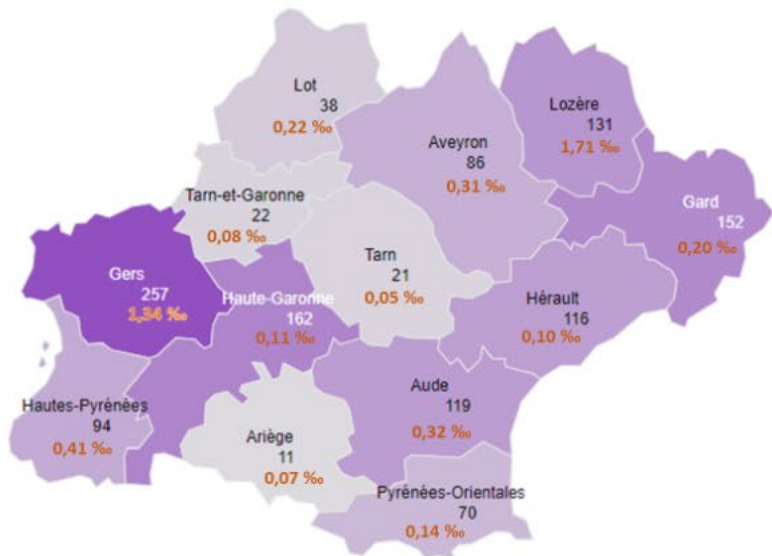


- Indications BU / ECBU
- Pneumonie bactérienne : 5 jours de traitement
- Prise en compte des troubles de la déglutition chez la personne âgée [Omedit Occitanie : Troubles de la déglutition](#)
- PCC ≠ isolement : HDM + bionettoyage quotidien
- Traitement des infections cutanées
- ICD : Réévaluer la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

75 EHPAD inscrits

1 322 QUIZ réalisés

Participation au quiz
Taux de participation/habitant



Lozère



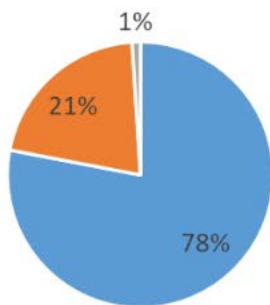
Gers



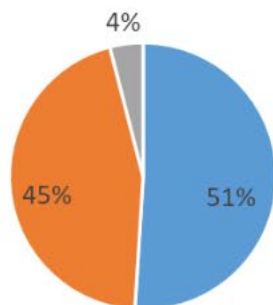
Hautes-Pyrénées

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

Restitution de la campagne

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

Introduction

Quiz

Concours
(affiches et
slogans)

Bilan

WEBINAIRE du 5 mars 2024



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

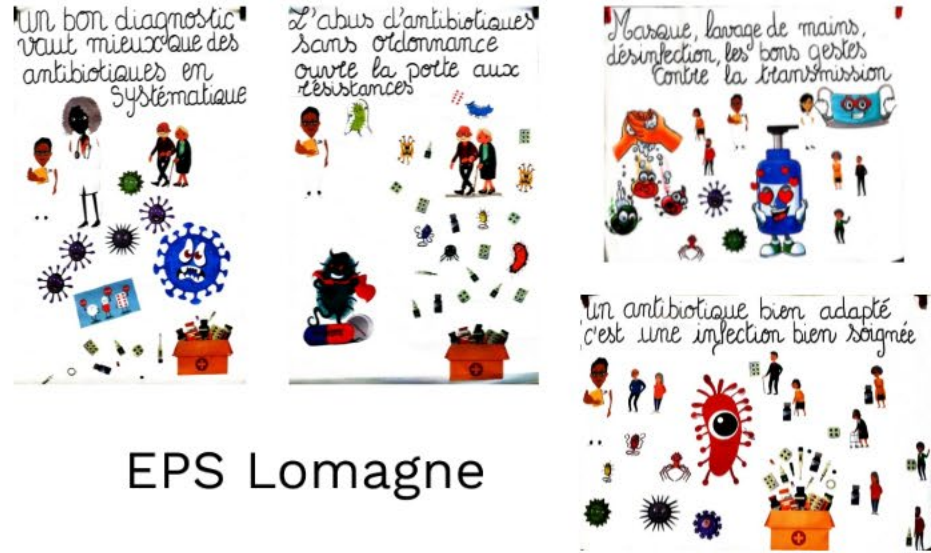
Le prix du concours régional est décerné à :

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

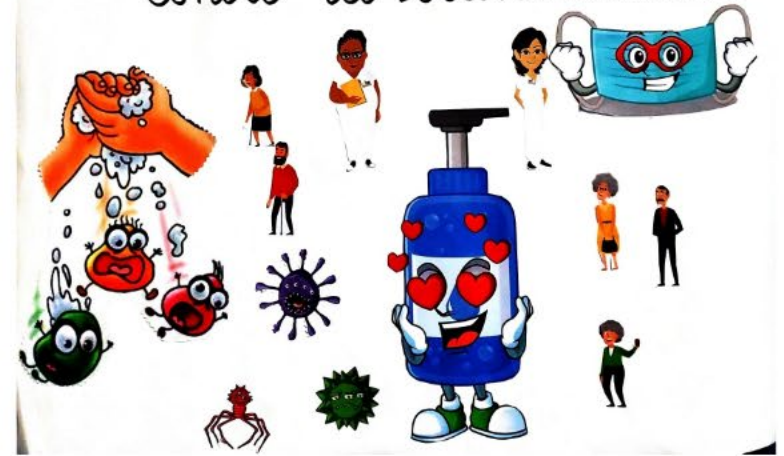
Un bon diagnostic
vaut mieux que des
antibiotiques en
systématique



L'abus d'antibiotiques
sans ordonnance
ouvre la porte aux
résistances



Masque, lavage de mains,
désinfection, les bons gestes
Contre la transmission



Un antibiotique bien adapté
c'est une infection bien soignée



EPS Lomagne

Pour des antibiotiques efficaces...



...
n'en prenez pas
des masses !

Si on continue comme ça, en 2050, ce sera la cata !

Plus que de cancers, on développera des BMR.



Pour réduire la consommation d'antibiotiques...



...rien de tel que la solution hydroalcoolique!

EHPAD Lou Castellas à Puisserguier

EHPAD Simone de Beauvoir à Cazouls-les- Béziers

**L'ANTIBIOTIQUE !
Pas sans risque !**



Viens,
je suis ton ami

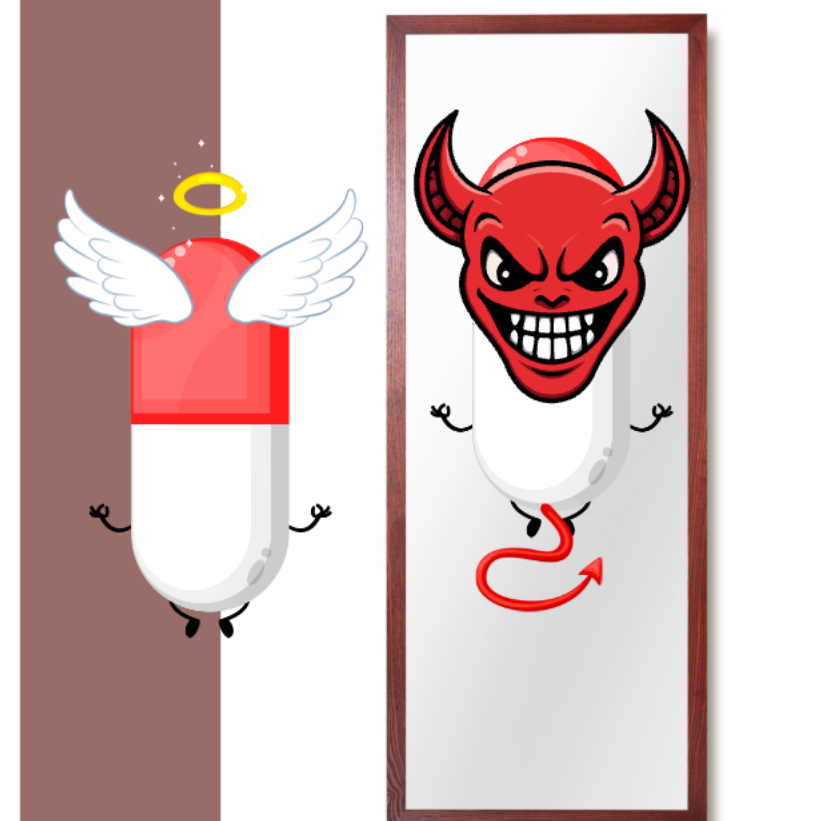
MONSIEUR
ANTIBIOTIQUE

RISQUES

**DEFENSES NATURELLES
NOTRE ALLIÉE**

ENSEMBLE,
DIMINUONS LA RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES CHEZ LA PERSONNE AGÉE !

**L'ANTIBIOTIQUE !
FAUX AMI POUR LA VIE**



ENSEMBLE, DIMINUONS LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES CHEZ LA PERSONNE AGÉE

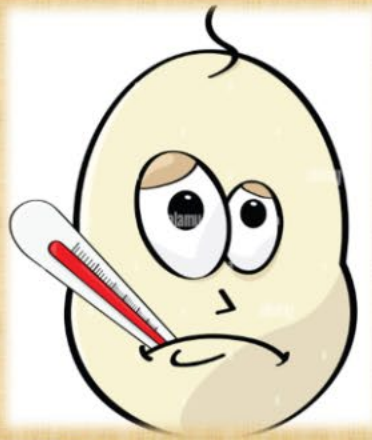
Si nécessaire Antibio tu prendras
bactérie disparaîtra



Les AntiBIOS sont géniaux
uniquement quand il le faut!!



Pour prendre 1 Antibiotique
attends ton diagnostic !!!



VIGILANCE
Attitude

Les ANTI BIOS c'est SUPER
Mais Jamais plus qu'il ne
faut !!!

Trop d' Antibiotique
et c'est la panique

EHPAD du Centre Hospitalier de Florac

Restitution de la campagne

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

Introduction

Quiz

Concours
(affiches et
slogans)

Bilan

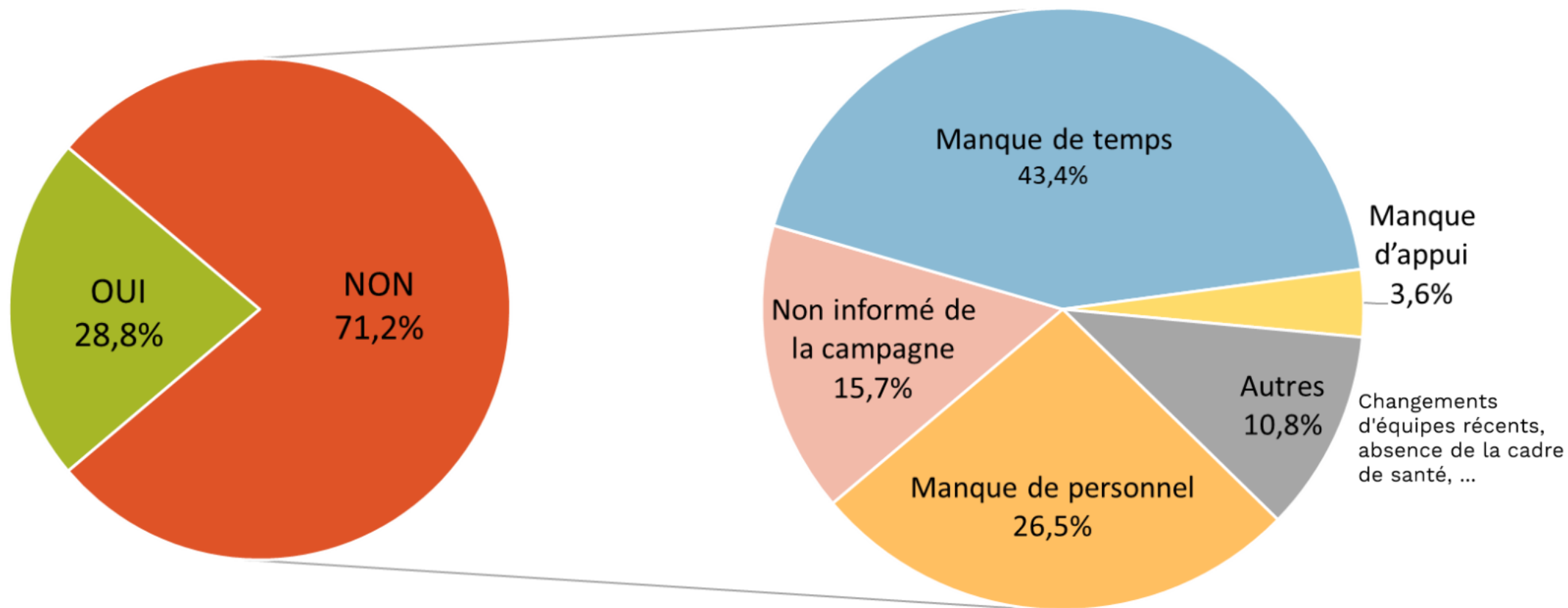
WEBINAIRE du 5 mars 2024



EHPAD

Participation à la campagne

80 répondants

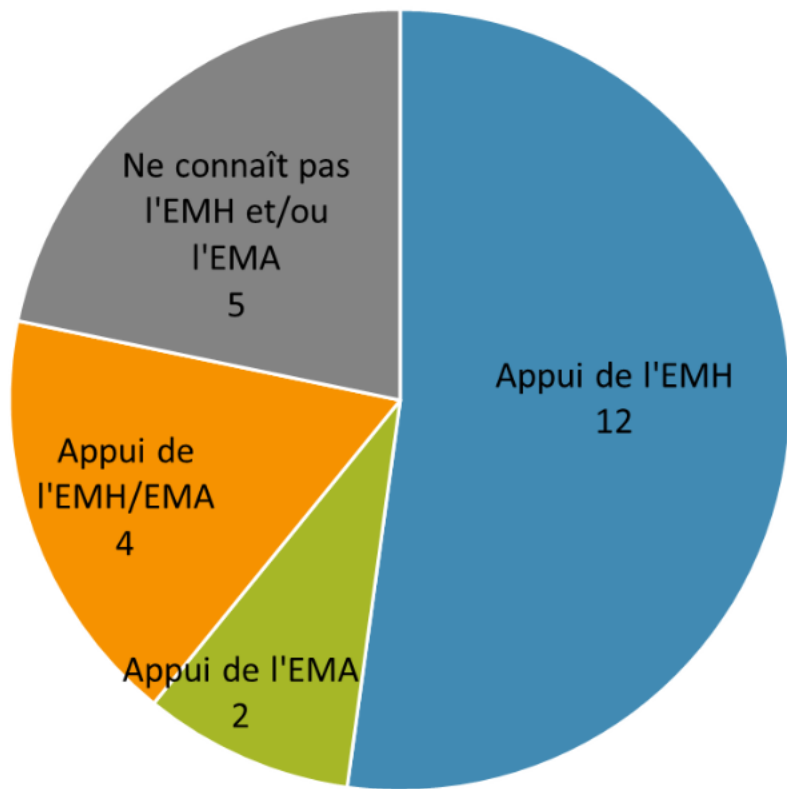


68% des non-participants pensent néanmoins utiliser les outils de la campagne ultérieurement

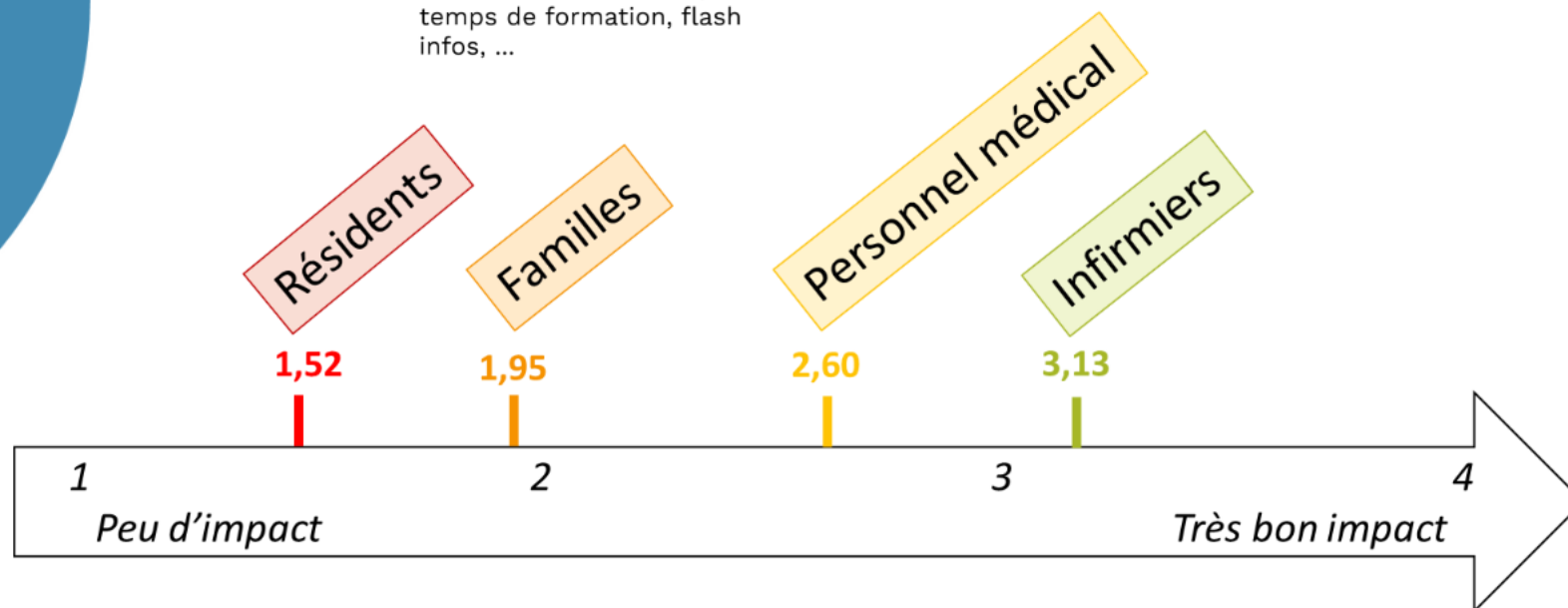
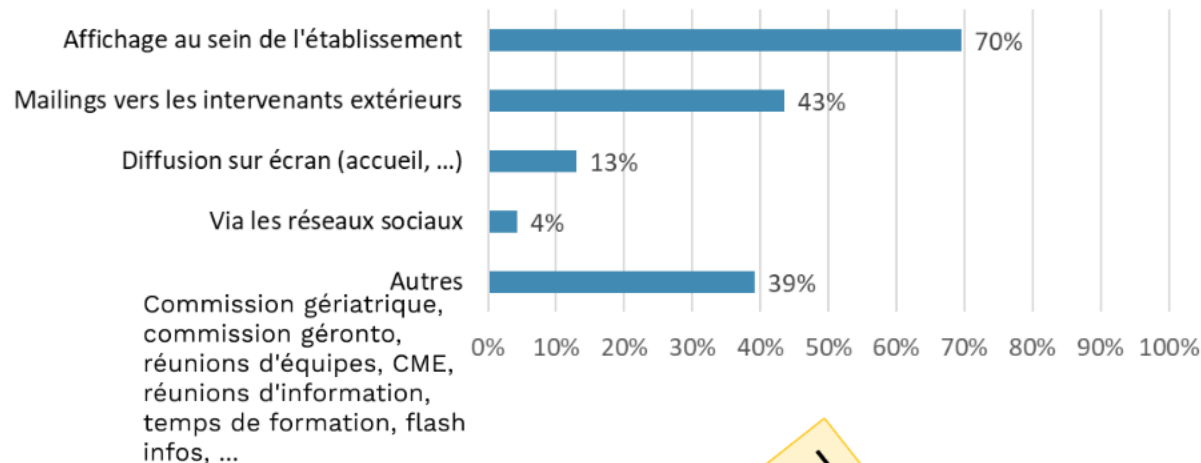
EHPAD

Organisation de la campagne

23 répondants



Communication

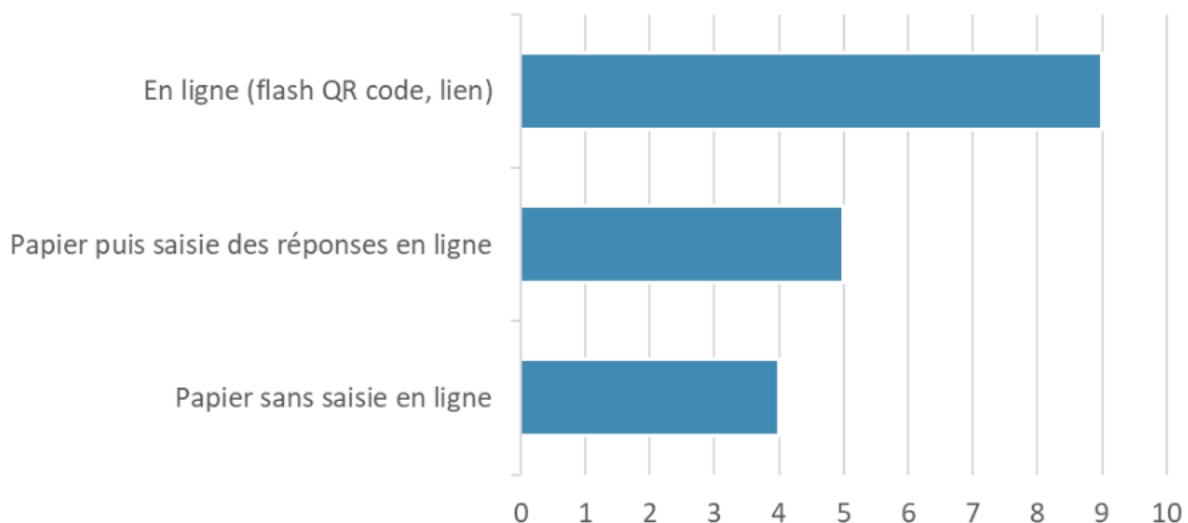


Implication majoritaire des méd co et IDEC dans la conduite de la campagne

EHPAD

Les outils : les quiz

17 répondants / 23



Usagers

439 quiz en ligne
+ 44 quiz papiers



Personnel médical

389 quiz en ligne
+ 8 quiz papiers



Infirmiers

494 quiz en ligne
+ 12 quiz papiers

= 1386 quiz
au total

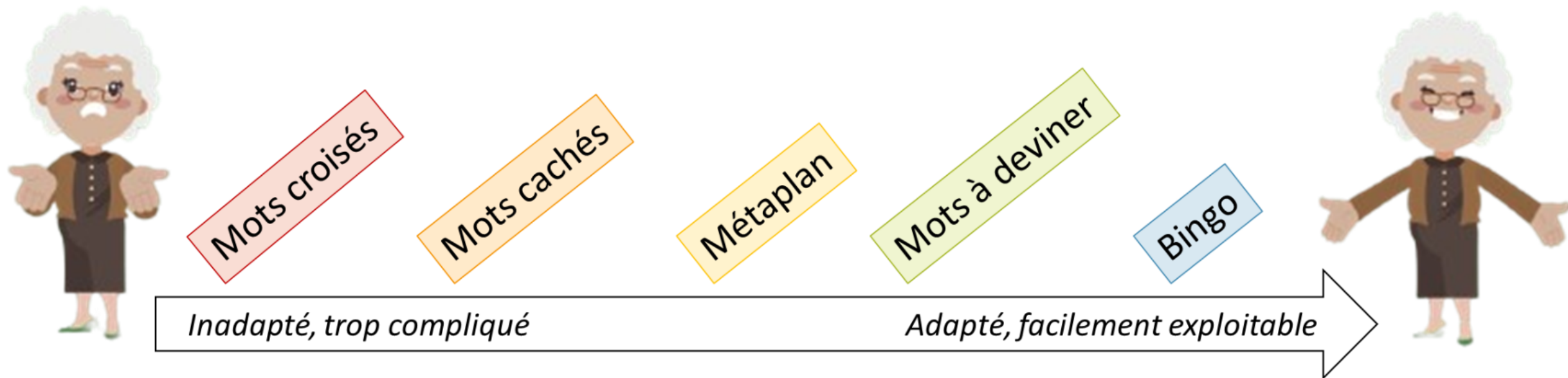
Des échanges autour des quiz ont été animés dans 71% des cas

Les réponses argumentées au quiz ont été utilisées dans 82% des cas

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



EHPAD

Points forts / difficultés

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 !

