

Meilleur usage des antibiotiques (MUA) : moyens et outils en Occitanie

Eric BONNET

Infectiologue

CRAtb Occitanie

Coordonnateur Groupe Bon Usage des Antibiotiques de la SPILF

Des moyens et des outils pour un MUA en Occitanie, pourquoi ?

- France = 5^{ème} pays consommateur d'antibiotiques en Europe.
- Prescriptions d'antibiotiques en secteur de ville en Occitanie plus élevée que la moyenne nationale. 854 vs 822/1000 hab/an



- Mise en évidence de prescriptions inappropriées en cas de colonisation urinaire, en particulier.
- Durée d'antibiothérapie trop longue.

Moyens (1)

- ARS → CRA**tb** → EMA → Référents en Antibiothérapie
- Actions synergiques avec les structures de prévention : Cp**ias** → EMH et EOH.
- Ressources humaines
 - CRA**tb** : 2 coordonnateurs (Infectiologue + MG) et une secrétaire.
 - EMA : Infectiologue + MG + [Pharmacien et/ou IDE et/ou Microbiologiste]
 - Référents en Antibiothérapie : au moins un désigné pour chaque ES, avec temps dédié fonction du nombre de lits et du type d'activités.

Moyens (2)

- Site WEB : en pratique, onglet CRAtb sur le site du CPias



Moyens (3)- Rappel des missions

PREVENIR L'ANTIBIORESISTANCE : ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

La France est le 4^{ème} pays d'Europe le plus consommateur d'antibiotiques. Environ la moitié des antibiothérapies sont inutiles ou inappropriées, dans les 3 secteurs de soins. La **stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine** allie les actions de prévention et de contrôle des infections à celles promouvant le bon usage des antibiotiques (ATB).



En établissement de santé

Depuis 2017 : ↓ de la consommation d'ATB
7^{ème} région la plus consommatrice en ATB

Objectif : Diminution de 10% des prescriptions



En ville

7^{ème} région la plus consommatrice en ATB tous âges confondus et 5^{ème} région pour les 55-84 ans

Objectif : Diminution de 25% des prescriptions



En EHPAD

En Occitanie 10% des prélèvements urinaires à *Escherichia coli* sont résistants aux C3G et 19% aux fluoroquinolones → 4^{ème} place au niveau national



Tous impliqués

Vous êtes professionnel de santé, acteur de la prévention et du contrôle des infections, représentant des usagers, vous travaillez dans un établissement de santé, un établissement social ou médico-social, en secteur libéral (cabinet médical, cabinet dentaire ou de sage-femme, IDEL, officine, maisons de santé, CPTS...), dans le domaine de l'enseignement



Nos missions



Nous mettons à votre disposition nos services pour vous aider à prévenir l'antibiorésistance :



Faciliter et développer le Bon Usage des Antibiotiques (BUA) dans les établissements de santé et sur les territoires.

Déployer une approche pluridisciplinaire grâce aux binômes infectiologue-généraliste.

Identifier les problématiques régionales, source de mésusage.

Coordonner les réseaux de professionnels de santé en charge du BUA.

Former des référents à l'expertise en antibiothérapie (infectiologues, généralistes, pharmaciens, IDE).

Faciliter l'accès à l'expertise à tous les professionnels de santé.

Concevoir et déployer des formations adaptées aux professionnels et au grand public.

Promouvoir les bonnes pratiques de prévention et contrôle de l'infection (PCI) : hygiène des mains, précautions « Standard » et complémentaires, vaccination.

Accompagner les professionnels dans la gestion des épisodes infectieux, notamment épidémiques : *Bactéries résistantes ou Hautement Résistantes aux ATB émergentes (BMR-BHRE), gale ...*

Animer les réseaux de territoire et accompagner les professionnels de santé (ES, EMS et ville) et tout acteur de prévention et contrôle de l'infection.

Promouvoir les surveillances en région et organiser le retour d'information des professionnels (journée, bulletin mensuel, rapport).

Organiser des formations régionales et mettre à disposition des outils spécifiques adaptés aux professionnels et au grand public.

Promouvoir la recherche

Moyens (4)

- Partenariats-échanges (hors Cpias...)
 - OMEDIT
 - Assurance Maladie
 - Faculté Odontologie
 - URPS Médecins, Pharmaciens, Biologistes,...
 - Conseils de l'ordre régionaux
 - IFSI, étudiants du Service Sanitaire
 - Autres CRAtb (Réseau des CRAtb)
 - GBUA de la SPILF
 - MMPIA
 - Laboratoires de ville

Moyens (5)

- Mise en place de groupes de travail (GT)
 - Télé-expertise → outil commun de recueil et de dispensation d'avis
 - Recommandations → élaboration d'outils pratiques basés sur les recommandations nationales, ciblés sur des populations (EHPAD, dialysés,...), synthèse-simplification de recommandations nationales avec messages-clés
 - Formation des professionnels de santé.
 - Formation de formateurs
 - Formation des préparateurs en pharmacie
 - Formation des IDE avec délégation de tâches (AMI Nationale)
 - Formations en milieu scolaire (enfants, adolescents et enseignants), formation grand public.

Outils (1)

- La plupart sont disponibles sur le site du Cpias, soit directement (outils élaborés en collaboration), soit en passant pas l'onglet CRAtb.
 - Les campagnes 2022 et 2023.

Campagne 2022 « Ensemble, diminuons la résistance aux antibiotiques ! » en établissement sanitaire

A l'occasion de la **Semaine mondiale du Bon Usage des Antibiotiques** et de la **Semaine de la Sécurité des Patients 2022**,

le **CPias**, l'**OMEDIT**, le **CRAtb** et **France Assos Santé Occitanie** se sont unis pour **mobiliser les établissements sanitaires de la région autour de la sensibilisation des professionnels et des usagers** à un meilleur usage des antibiotiques.

Un groupe de travail pluridisciplinaire s'est constitué afin de concevoir des **outils spécifiques pour le personnel médical, paramédical et les usagers** et de les mettre à disposition des établissements sanitaires afin d'animer cette campagne sur le terrain.

177 établissements sanitaires de la région se sont mobilisés autour de cette campagne et ce n'est pas fini : **l'ensemble des outils reste accessible en ligne !**

[Accéder au bilan et aux outils](#)

Ensemble, diminuons l'antibiorésistance aux antibiotiques chez la personne âgée !

La campagne 2023 sera reconduite en 2024 !



A l'occasion de la Semaine mondiale du Bon Usage des Antibiotiques et de la Semaine de la Sécurité des Patients, le CPias, l'OMEDIT, le CRAtb et France Assos Santé Occitanie se sont associés pour proposer une **campagne de promotion d'un meilleur usage des antibiotiques chez la personne âgée**.

L'objectif : sensibiliser médecins, pharmaciens et paramédicaux exerçant en ville ou en EHPAD ainsi que les usagers, résidents et leurs familles aux risques liés à une consommation excessive ou inappropriée d'antibiotiques.

Pour cela un panel d'outils est à disposition !

[En savoir plus...](#)

Les outils professionnels et grand public

1 Affiche



3 Quiz en ligne

1 score et 1 argumentaire

2 quiz professionnels

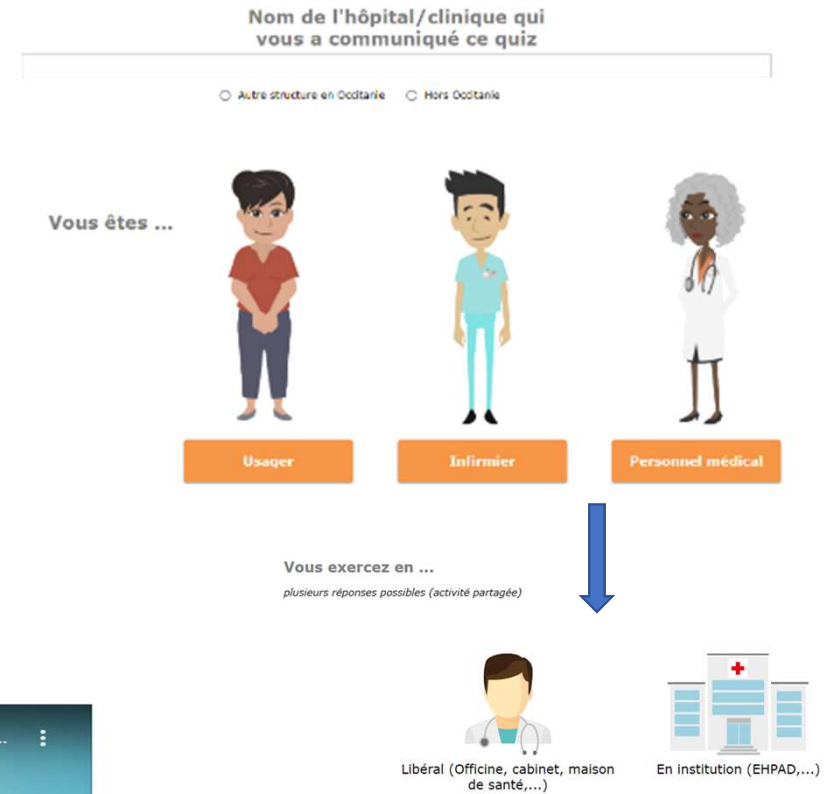
Médicaux

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

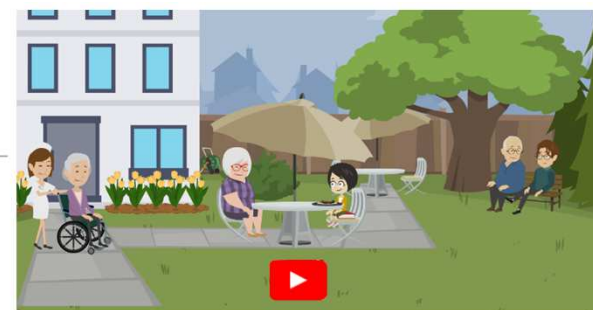
Solutions

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

Outils (2)

- Les plaquettes-guides-affiches
 - Antibiothérapie en EHPAD.
 - Guide des prélèvements microbiologiques en EHPAD.
 - Angine (médecin et pharmacien).

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/j¹ ou Vancomycine 125mg x 4/j PO¹ (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-ICD.pdf>)

- o Cholécystite et angiocholite
- Imagerie (Echo et/ou Scanner) et avis chirurgical
- A défaut, traitement d'attente :

Ceftriaxone 1g/1 IV/IM/SC + Métronidazole 500 mg x 3/1 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, polyurie 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 : Prélèver 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 (1/1 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 omedit-normandie.fr

Alternatives pélagiques, 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)
Nitrofurantoin 100 mg (solution buvable)
Sulfaméthoxazole/triméthoprime 400/80 et 800/160 mg (solution buvable)
Ecrasement possible et à consommer sans délai
Pivmecillinam 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 généralisée, 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 probabliste 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, Rédigées 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 OMEEDIT : <https://omedit-mjp.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 Antibiotic® (guide antibiothérapie en ambulatoire)
- Site SPILF : 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-auvergnehonealpes.fr/>

Nom EMA :

Coordonnées :





Sphère Urinaire

*Cystite à risque de complication (dont cystite œ)

- 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 (DDT=7j)
2. Pivmecillinam 400mg x 2/j (DDT=7j)
3. Nitrofurantoïne 100mg x 3/j (DDT=7j)
4. Fosfomycine-trométamol 3g à J1-J3-J5 (= 3 prises)
5. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DDT=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 (DDT=10j)
 2. Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DDT=10j)
 3. Amoxicilline ac. clavulanique 1g x 3/j (DDT=10j)
- Si allergie Type I à l'amoxicilline :
- Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DDT=10j) OU Lévofloxacine 500mg/j (DDT=7j) si quinolones ou bétalactamines injectables

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/IV/IM/SC

Si allergie Type I : Lévofloxacine 500mg/j

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

- Amoxicilline 1g X 3 (DDT=14j)
- Cotrimoxazole 800/160mg 1cp x 2/j (DDT=14j)
- Ofloxacine 200mgx2/j, ou Lévofloxacine 500mg x1./j, Ciprofloxacine 500mg x2/j (DDT=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/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 (DDT=7j)
- OU Cefalexine 1g x3/j (DDT=7j)
- OU Pristinamycine 1g x3/j (DDT=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 (DDT=7j)
- Si allergie non grave : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC + Métronidazole 500 mg x 3 (DDT=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 (DDT=7j)

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

- Furoncle compliqué
- Pristinamycine 1g x2-3/j OU Clindamycine 600mgx3/j (DDT=5j)

• Conjonctivite

Le plus souvent virale (contexte épidémique) :

- PAS d'antibiotiques, rinçage sérum physiologique + collyre antiseptique
 - Si échec à 48h (prélèvement)
- Puis : collyre Tobramycine 1gte x 3/j puis adaptation à l'antibiogramme (DDT=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 DDT = 7j

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

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

Pneumopathie aigüe hors contexte d'inhalation

- Simple :

Amoxicilline/acide clavulanique 1g x3/j

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

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

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

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

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

Pneumopathie d'inhalation sans signes de gravité :

Amoxicilline/acide clavulanique 1g x3/j

OU Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

* Exacerbation de BPCO (DDT=3j)

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 (DDT=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 (DDT=5j)

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

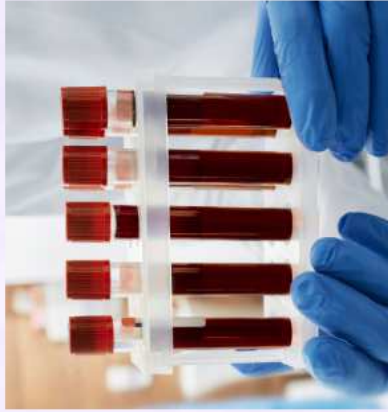
Si per os impossible : Ceftriaxone 1g/j IV/IM/SC

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

Abréviations :

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

Guide Prélèvements microbiologiques en EHPAD



Prélèvements Urinaires

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 micotionnelles de la fièvre ($\geq 38,5^\circ$), une hypothermie ($\leq 36,5^\circ$), une poliakiurie, une impériosité micotionnelle, des douleurs d'un flanc, une sensibilité sus-pubienne, une incontinence urinaire récente, une rétention aiguë d'urine. Devant des signes moins spécifiques (aggravation de troubles cognitifs, altération brutale de l'état général, d'apparition ou d'aggravation d'une incontinence urinaire ou de survenue de chutes sans explication évidente), 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 une) patient(e) sondé(e) ne sont pas recommandés.

La bandelette urinaire (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, après l'ablation d'un dispositif endo-urinaire datant de moins de 7 jours, après une chirurgie urologique, un ECBU doit être réalisé d'emblée.

2- Objectifs du prélèvement

La BU a des indications restreintes :

- Régler le diagnostic d'IU chez la femme non immunodéprimée (en cas d'absence de nitrites et de leucocytes)
 - Orienter vers une infection urinaire chez l'homme (présence de leucocytes et/ou de nitrites).
- LECBU, en cas d'IU, va montrer une leucocyturie ($\geq 10^4$ /mL (10/mm³)) et mettre en évidence, en culture une espèce bactérienne ($> 10^3$ UFC/mL) dont le rôle pathogène dans ce type d'infection est reconnu.

3- Réalisation du prélèvement

BU : Respecter les indications concernant le délai de lecture et le sens de lecture de l'échelle présents sur le contenant

Recueil d'urine pour ECBU
Pris de préférence en milieu de flux urinaire

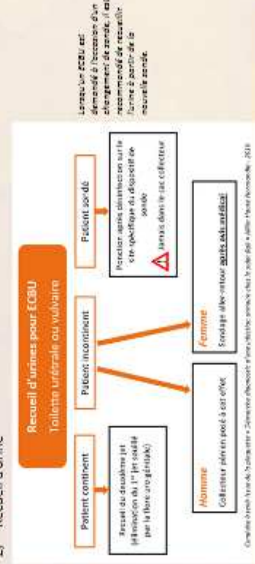
Utiliser uniquement des mains
Désinfectées gel urinaire.
(minimum 15 sec par main pour un flux urinaire)
Régler la température ambiante
à 2-8°C (utiliser les bacs utilisables après lavage)

Respect strict du temps de lecture

<https://caas-occitane.fr/wp-content/uploads/2024/01/Lucas-olus-questz-realisation-vidéo-mai-2019-1.pdf>

ECBU : Avant toute prise de traitement antibiotique (en cas de prise d'antibiotiques avant le prélèvement en informer le laboratoire)

- 1) Hygiène des mains + port de gants lavage par le professionnel.
- 2) Recueil d'urine



- 3) Manipuler le pot stérile le moins possible et sans toucher l'intérieur du pot ou du couvercle
- 4) Refermer le couvercle et essuyer avec papier essuie mains imprégné détergent-désinfectant l'extérieur du flacon
- 5) Mettre le flacon dans la poche du laboratoire
- 6) Identifier le prélèvement (avec sexe et âge du patient)
- 7) Mettre le flacon dans la poche du laboratoire
- 8) Renseigner la demande au laboratoire (signes de cystite ou de pyélonéphrite ou de prostatite, prise préalable d'antibiotiques, ...)
- 9) Acheminer le prélèvement en moins de 2 heures si conservé à 2° ambiante et de 12 heures si conservé à 4°.

L'utilisation de flacons de recueil disposant d'un conservateur permet une conservation prolongée à température ambiante (24 /48 heures)

4- Interprétation des résultats

Le laboratoire va identifier la(les) bactérie(s) responsable(s) de l'IU et rendre, dans les 24 à 48 heures, un antibiogramme qui pourra être ciblé selon le type d'infection urinaire.

A RETENIR

- Bactériurie asymptomatique (avec leucocyturie) = situation fréquente chez les personnes âgées
- > pas de prélèvement urinaire en cas d'urines troubles ou malodorantes, en l'absence de signes cliniques évocateurs.
- Jamais de prélèvement dans le sac collecteur d'un patient sondé
- Inérêt limité de la BU
- Colonisation bactérienne systématique des sondes urinaires en quelques jours.
- Antibiogramme ciblé selon le type d'infection urinaire, donc nécessité d'indiquer le contexte clinique au laboratoire



Prélèvements de Selles

La diarrhée aiguë (DA) se définit par au moins 3 selles molles ou liquides par jour depuis moins de 2 semaines. Dans les EHPADs, la principale cause infectieuse, après avoir exclu une toxicoinfection Alimentaire Collective (TIAC) (8_2019_Criteres-TIAC.pdf, (gplis-bdd.com)) est la gastro-entérite aiguë (GEA) qui est majoritairement (>70%) saisonnière (hivernale) et d'origine virale.

1- Indications et/ou non-indications : Le diagnostic est clinique. Ne demander un examen des selles diarrhéiques qu'en cas de fièvre supérieure à 38,5°C et/ou présence de glaire ou de sang dans les selles et/ou déshydratation sévère et/ou évolution depuis plus de 5j et/ou existence de cas groupés au sein de l'EHPAD et/ou diarrhée survenant pendant/après une antibiothérapie.

- Le type de demande dépend du contexte et doit être précisé sur le bon de prescription
- Examen cyto-bactériologique des selles (= coproculture standard) : devant toute DA dans un contexte évocateur d'une origine bactérienne (fièvre, présence de glaires et/ou de sang, douleurs abdominales, suspicion de TIAC, déshydratation, évolution >5j)
- Recherche de Clostridioides difficile toxigène, dans les selles en cas de diarrhée aiguë fébrile dans un contexte de prise d'antibiotiques ou d'hospitalisation dans les 2 mois.

- Recherche virologique (recherche de norovirus et de rotavirus) dans les selles: en situation de cas groupés
- Recherche parasitologique : situation exceptionnelle en EHPAD, à évaluer par le médecin/infirmier de voyage

2- Objectifs du prélèvement : Documenter les infections digestives bactériennes (essentiellement à Clostridioides difficile toxigène, Salmonella sp., Campylobacter sp., E. coli shiga-toxine+) ou virales (essentiellement à Norovirus et rotavirus).

3- Réalisation du prélèvement : Prélèvements seulement si signes cliniques évocateurs d'une infection digestive et contexte épidémiologique, uniquement sur prescription médicale et avant toute antibiothérapie.

⚠ Il ne faut pas :

- Envoyer au laboratoire des selles mouillées/ou uniquement de selles « prenant la forme du pot » : selles liquides ou molles, ou de selles avec du pus ou du sang.
 - Prélever les selles émises à la suite de lavement ou si prise de laxatif suppositoire à la glycérine
 - Faire un prélèvement de contrôle systématique après le traitement d'une colite à C. difficile, une infection à salmonelle, à STEC (efficacité du traitement se juge uniquement sur la clinique et non sur la microbiologie). Une recherche C. difficile toxigène peut être parfois demandée en cas d'échec clinique, sur avis spécialisés.
- 3.1. Modalités de recueil des selles :** Mètre des gants pour effectuer le recueil car les selles potentiellement contaminantes (contageuses). Eviter le contact des selles avec l'urine ou l'eau des toilettes.
- Si patient incontinent, recueillir les selles sur une pellicule de plastique déposée dans le change.
 - Si patient continent, utiliser un sac plastique ou du papier d'aluminium mis sous le siège de la cuvette des toilettes et l'étendre de manière à former une partie plus creuse pour y recueillir les selles. Eviter le recueil direct dans le pot (risque de contamination).
 - Si patient porteur d'une stomie, recueillir avec une spatule ou à défaut, une cuillère propre, les matières fécales dans la poche de stomie.
 - Si selles trop liquides, les verser directement dans le pot spécial (muette de le remplir totalement).
- 3.2. Modalités de conservation et transfert au laboratoire :** Transmission rapide du prélèvement au laboratoire. Acheminer, si possible, le prélèvement dans les 2h à température ambiante ou à défaut, garder les selles au réfrigérateur (-5°C ± 3°C) pendant 24h au maximum et jusqu'à 3 jours (à +5°C) en cas d'analyse par PCR.
- 3.3. Renseignements :** Prescription explicite de recherche de virus ou de bactérie (Norovirus, Rotavirus, Adenovirus, C. difficile). Précisions à apporter sur la réalisation du prélèvement (tomie) et le contexte (post-ATB, immunodépression, épidémie, TIAC, aliments suspects, présence de sang, voyage récent). Indiquer date et heure du prélèvement.

3.4. Tests réalisables :

- Coproculture : recherche de Salmonella, Shigella, et Campylobacter voire Yersinia en cas de douleurs abdominales fébriles inexpliquées.
 - Tests de diagnostic rapide (TDR) : recherche de C. difficile (GDH + Toxines A-B) et de certains virus (Norovirus, Rotavirus, Adenovirus).
 - PCR ciblée : recherche spécifique de C. difficile (en cas de résultat douteux des TDR).
 - PCR syndromique multiples (dans certains laboratoires) : recherche de plusieurs pathogènes en 1 à 2h.
- 4- Interprétation des résultats :** Impérativement en tenant compte du contexte épidémiologique.
- Déjà de rendu des résultats d'une coproculture parfois long (>48h). Ambiguogramme réalisé en cas d'infection à Salmonella sp.
 - Résultats des TDR disponibles en moins d'une heure. Un TDR - négatif ne signifie pas le diagnostic et un TDR + à C. difficile n'indique pas une diarrhée « active », car possibilité de tests + pendant plusieurs semaines.
 - Résultats d'une PCR multiples disponibles dans les 2 heures et d'une PCR ciblée (C. difficile) en environ 1 h).
- NB : la présence de C. difficile par PCR ne signifie pas que la souche est toxigène.

A RETENIR

Les diarrhées aiguës (DA) en EHPAD sont majoritairement virales (Norovirus).

Différencier TIAC et GEA

Les indications de prélèvement de selles doivent tenir compte de la situation clinique et du pathogène suspecté.

C. difficile toxigène doit être suspecté en priorité en cas de prise d'antibiotiques ou d'hospitalisation dans les 2 mois. Les TDR sont

les analyses les plus intéressantes pour documenter une infection à C. difficile en EHPAD. La biologie moléculaire convenue à certains laboratoires doit être discutée dans un contexte épidémiologique et réalisée sur avis spécialisé.



Prélèvements cutanés

1- Indications et/ou non-indications

Aucun prélèvement de plaie n'est nécessaire en EHPAD.

De façon générale, aucun prélèvement de plaie en l'absence de signes cliniques.

- Plaies aiguës (d'origine bactérienne ou virale) : diagnostic clinique > pas de prélèvement.
- Plaies chroniques (plaie du pied chez le patient vivant avec un diabète, ulcère de jambe, escarre de décubitus) ou suspicions d'infections fongiques => prise en charge dans des structures hospitalières spécialisées.

Dans tous les cas, prélèvements microbiologiques au cours d'infection cutanée si et seulement si signes cliniques (au moins 2 parmi les suivants) : gonflement local ou induration, rougeur, chaleur, douleur, exsudat purulent, voire signes de dermatite bactérienne nécrosante, friabilité tissulaire, thrombose associée, adénopathies ou fièvre (>38°C).

2- Réalisation du prélèvement

Prélèvements microbiologiques seulement en cas de signes cliniques évocateurs d'infections cutanées (cf ci-dessus), sur prescription médicale et avant toute antibiothérapie.

Écouvillonnage superficiel à bannir (aucune pertinence) dans la prise en charge d'une plaie.

Prélèvements profonds : les plus informatifs, mais à ne réaliser qu'en centre spécialisé.

a. Prélèvement : aucun prélèvement sans DEBRIDEMENT (= déterision mécanique de la plaie à la curette ou au scalpel stérile) préalable. Nettoyage avec de la gaze imbibée de sérum physiologique stérile. Utilisation d'antiseptiques possible, mais à appliquer sur les bords de la plaie, puis à éliminer avec du sérum physiologique stérile avant de réaliser le prélèvement. Technique : biopsie tissulaire (+++), aspiration à l'aiguille fine (++), curetage-écouvillonnage (+)

- Biopsie tissulaire (punch biopsy ou true-cut) : biopsie de 2 à 4 « carottes », réalisable au lit du malade.
- Ponction à l'aiguille fine ou au cathéter long, au travers d'une zone saine désinfectée au préalable. Si aucun liquide aspiré > injecter 1 à 2 ml de sérum phy. et aspirer à l'aide d'une seconde aiguille.

- Curetage-écouvillonnage : prélèvement de tissu après grattage de l'ulcère (à la curette ou au scalpel). Récupération du fragment par un écouvillon positionné à 90°C par rapport à la plaie afin de placer l'extrémité de l'écouvillon au niveau du site de grattage.

b. Acheminement : placer immédiatement, tous les prélèvements dans un milieu de transport et les acheminer le plus rapidement possible en l'état au laboratoire. Possibilité d'adresser directement la seringue des aspirations à l'aiguille fine au laboratoire sans l'aiguille, purgée d'air, bouchée hermétiquement et stérilisée.

d. Renseignements : Prescription explicite de recherche de bactéries avec indication des caractéristiques cliniques du patient, et des circonstances exactes d'obtention des échantillons biologiques (nature du prélèvement, type de plaie, grade clinique, administration d'antibiotiques).

3- Interprétation des résultats

Tenir compte du contexte épidémiologique-clinique. Nécessité d'une collaboration étroite entre biologiste et cliniciens (approche multidisciplinaire ++). Résultats de la culture disponibles entre 5 j (curetage-écouvillonnage) et 7 j (aspiration à l'aiguille fine ou biopsie tissulaire) à identification de la ou des bactérie(s) isolé(s) avec ambiguogramme pour les bactéries reconnues comme pathogènes habituels.

Interprétation des résultats souvent difficile, dépendante de la nature de l'échantillon, de la qualité du prélèvement, du conditionnement et de l'acheminement, mais aussi de la nature des bactéries isolées. Prendre en compte tous ces éléments pour pouvoir incriminer les bactéries identifiées.

A RETENIR

Aucun prélèvement de plaie nécessaire en EHPAD.

Pas de prélèvement de plaie sans existence de signes cliniques évocateurs d'infection.

Plaies aiguës à diagnostic clinique > pas de prélèvement.

Plaies chroniques ou suspicions d'infections fongiques => prise en charge (multidisciplinaire) dans des structures hospitalières spécialisées. S'appuyer sur des protocoles de prélèvement conçus conjointement par les cliniciens et les biologistes.

Plaies sur site opératoire => aucun prélèvement adresser rapidement le résident au chirurgien

Plaies profondes => prélèvements profonds.

Avant tout prélèvement, réaliser un débridement.

Inertisation des analyses bactériologiques varient simple (prise en charge plur-disciplinaire)



Prélèvements respiratoires

1- Indications et/ou non-indications

Les infections respiratoires en EHPAD sont majoritairement d'origine virale.
Indications des prélèvements respiratoires en EHPAD : 1) tableau clinique grave ou d'évolution défavorable (patient souvent hospitalisé), 2) situation épidémiologique constituée, 3) contexte local justifiant une recherche de l'agent pathogène dès le 1er cas (ex : légionellose)

2- Objectifs du prélèvement

Documenter les infections respiratoires bactériennes (pneumocoque, Legionella, coqueluche) ou virales (grippe, VRS, SARS-CoV-2).

3- Réalisation du prélèvement

3.1. Prélèvements nasopharyngés

=> diagnostic des infections respiratoires hautes et basses surtout d'origine virale.



Préleveur équipé d'une surblouse, d'un masque respiratoire FFP2, de gants et de lunettes

Patient en position assise, tête inclinée en arrière, menton maintenu

Écouvillon introduit de façon horizontale dans la narine, sur cinq à sept centimètres environ jusqu'en butée, ce

afin de prélever la partie postérieure du rhinopharynx.

Réalisation de l'écouvillonnage en effectuant 4 à 5 rotations lentes contre la paroi du rhinopharynx

puis retrait de l'écouvillon en effectuant un mouvement circulaire afin de ramener le maximum de cellules

Réalisation possible de certains tests de diagnostic rapide (TDR) au lit du malade, sans nécessité de mettre l'écouvillon dans un milieu de transport. Sinon utiliser des écouvillons avec milieu de transport liquide à adresser le plus rapidement possible au laboratoire. En cas d'acheminement immédiat, possible, conservation à +4°C. Accompagner le prélèvement d'une prescription précisant : le(s) pathogène(s) recherchés).

Tests réalisables par écouvillonnage nasopharyngé : 1) TDR grippe ou SARS-CoV-2 (sensibilité max dans les 48 h suivant le début des signes), 2) PCR cibées (grippe, SARS-CoV-2, VRS, coqueluche, légionelle, mycoplasme, chlamydia), 3) PCR syndromique multiplex (recherche simultanée de plusieurs pathogènes) à pas en routine, contingentées à des laboratoires spécialisés.

1.1. Prélèvements urinaux : recherche d'Ag urinaires Legionella
=> diagnostic rapide des infections respiratoires basses à Legionella pneumophila. Prélèver les urines (début, milieu ou fin de jet) dans un flacon stérile (60 mL à bouchon rouge) ou un tube bouché d'urines (8 mL). Acheminement le plus rapide possible au laboratoire avec demande de recherche d'antigénurie La plupart des réactifs ne détectent que L. pneumophila du sérotype 1. (largement majoritaire)

1.2. Autres prélèvements

• Examen Cyto-Bactériologique des Crachats (ECBC) : faible rentabilité (car contamination salivaire). Intéret pour les insuffisants respiratoires chroniques présentant des exacerbations fréquentes ou pour un patient en échec d'une première ligne d'antibiothérapie.

• Aspiration trachéale, prélèvement distal protégé, lavage broncho-alvéolaire, féservés aux hôpitaux et cliniques.

• Sérologies : nulles le plus souvent (uniquement sur avis spécialisé : fièvre Q, mycoplasme, coqueluche...)

2- Interprétation des résultats

Interprétation des résultats possible uniquement en tenant compte du contexte clinique/positivité possible des antigénuries et PCR après la guérison.

Délai d'obtention des résultats :

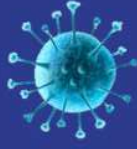
- TDR au lit du malade à 15 minutes environ.
- PCR cibées ou multiplex à 1 à 24 heures. Mais performances diagnostiques des PCR > TDR
- Antigénurie Legionella pneumophila à 1 heure environ. Mais détection uniquement du sérotype 1 (sensibilité et spécificité = 95%). Donc impossibilité d'éliminer formellement le diagnostic de légionellose en cas de test antigénique urinaire négatif. Possibilité de détection des autres sérotypes, sur prélèvement sanguin, en 2-3 jours après le début des symptômes. En cas de forte suspicion refaire la recherche après 48-72h.

A RETENIR

- Origine virale +++ des infections respiratoires en EHPAD. Indications de prélèvement limitées (contexte épidémiologique, formes graves ou d'évolution défavorable, contexte local)
- TDR = outils les plus intéressants pour documenter une infection pulmonaire en EHPAD car d'utilisation simple et permettant une obtention quasi-immédiate du résultat. Pour les virus de la grippe, le VRS, le SARS-CoV-2 ou la coqueluche à TDR nasopharyngés. Pour Legionella pneumophila à TDR urinaire (antigénurie)
- Place de la biologie moléculaire (PCR multiplex) souvent contingentée à quelques laboratoires spécialisés, à discuter éventuellement dans un contexte épidémiologique et sur avis spécialisé.



ANGINE



MEDECIN



Jamais d'antibiotique pour les infections virales : une ordonnance de non-prescription peut être remise au patient

Prise en charge des angines aiguës :

- Réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (Streptatest®)
ou
- Rédaction d'une ordonnance de dispensation conditionnelle pour les antibiotiques⁽¹⁾ en inscrivant sur l'ordonnance « Si Trod angine positif, sous x jours » : le pharmacien ne délivrera l'antibiotique que si le résultat du Trod réalisé à l'officine est positif (l'ordonnance doit être datée au plus de 7 jours)

Des recommandations de bonne pratique ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé :

La durée d'un traitement par antibiotiques oraux dans la plupart des pathologies infectieuses courantes est limitée à 5 jours



Le TROD, un outil décisionnel ESSENTIEL



PHARMACIEN

Prise en charge des angines aiguës :

- Vérification de la présence du résultat du Trod, devant toute prescription d'amoxicilline
En cas de doute, le médecin peut être contacté ou le Trod peut être refait à l'officine (à partir de 10 ans) ;
- Si un patient de plus de 10 ans se présente avec les symptômes d'une angine et sans consultation médicale préalable, un **Trod angine** peut être effectué (utilisation du score de Mac Isaac pour les patients de plus de 15 ans)⁽²⁾

Chaque pharmacien d'officine qui réalise un TROD angine doit disposer d'une formation ([art. 4 de l'arrêté du 29 juin 2021](#))
[Plus d'information sur le site du CNOP](#)

Dispensation des antibiotiques autant que possible dans des conditionnements adaptés : durée de traitement de 5 jours, recommandée dans la plupart des pathologies infectieuses courantes (angines bactériennes, otites, pneumonies...)

La dispensation à l'unité des spécialités est à prioriser dès que cela est possible.

Les antibiotiques, c'est toujours pas automatique... le TROD si !





L'épidémie hivernale :
l'histoire dont vous êtes le héros
Choisissez votre camp !



**Flashez,
jouez !**



*Ensemble, diminuons la résistance
aux antibiotiques !*

Médecins, pharmaciens, infirmiers et usagers



**Flashez,
regardez !**



Bactéries

VS

Virus

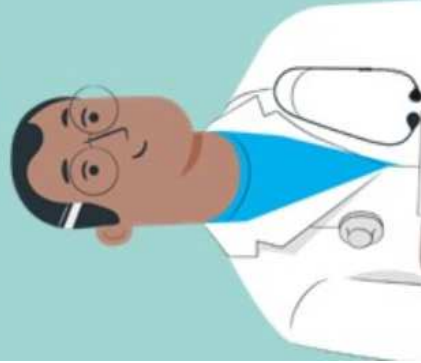


TEST' ton ANGINE !

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
ARS Occitanie



cpias
Occitanie



CRATb
Occitanie
Centre Régional en
Antibiologie





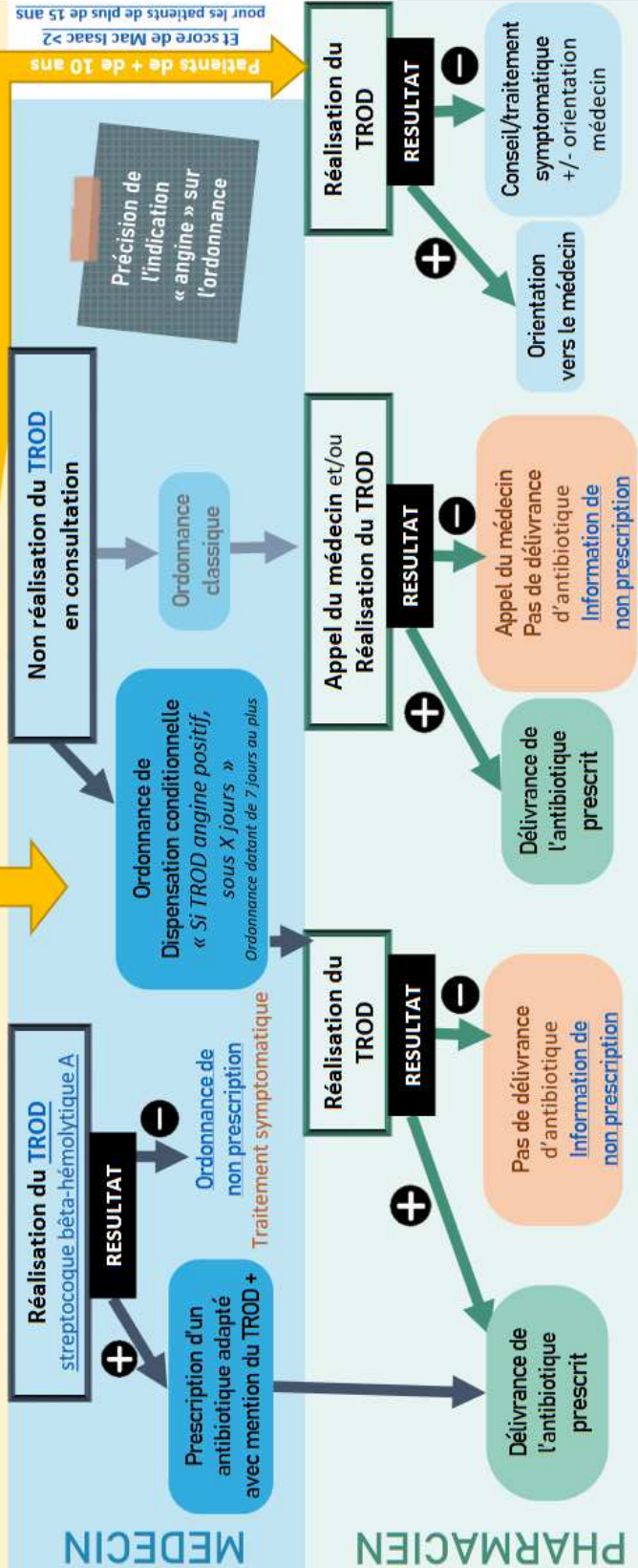
TEST' ton ANGINE!

PATIENT

Un antibiotique est uniquement prescrit par le médecin pour traiter une infection bactérienne. Il est **inefficace contre les virus**.

Médecin et pharmacien collaborent pour définir le meilleur traitement, adapté à votre maladie, en tenant compte de la disponibilité des traitements (tension d'approvisionnement en cours sur certains antibiotiques)

Devant une angine, un **Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD)** ou **Streptatest®** sera réalisé :



Préférer les conditionnements adaptés à la durée du traitement. Prioriser la « Dispensation à l'unité » (1)

Dans tous les cas, orientation vers consultation médicale si :

- Résultat du TROD non interprétable, non réalisable ou refus du patient
- Absence d'amélioration au-delà de 48h et/ou apparition de nouveaux symptômes

Source : ANSM - Amoxicilline : des recommandations pour contribuer à garantir la couverture des besoins des patients - 18/11/2022
 (1) - Décret n° 2022-100 du 31 janvier 2022 relatif à la délivrance à l'unité de certains médicaments en pharmacie d'officine

Outils (3)

- Les données régionales, interprétées, commentées
 - outils importants pour guider les actions prioritaires
 - Données de résistance
 - Données de consommation d'antibiotiques
- en ville (EHPAD et domicile) et en ES.

DONNEES.COMMENTEES.de.RESISTANCE.(1^{er}.Semestre.2022).

et.de.CONSUMMATION.d'ANTIBIOTIQUES.(2021).en.OCCITANIE.

¶

Données.de.résistance.région.Occitanie.premier.semestre.2022.

En préambule, on peut noter que si le nombre de laboratoires participant a augmenté en 2022 par rapport à 2021, on est loin de l'exhaustivité puisque sur les 395 laboratoires recensés dans notre région, moins de la moitié ont participé (42,3% exactement) soit 167 laboratoires. Cela représente tout de même environ 40'000 antibiogrammes dont un peu plus de 95% concernent des souches bactériennes issues d'ECBU. ¶

Les bactéries sous surveillance sont essentiellement *E. coli* (32300 isolats soit 81%), *K. pneumoniae* (3400 isolats soit 8,6%) et *S. aureus* (2071 isolats). Les autres espèces pour lesquelles on a des données sont toutes des entérobactéries: *K. oxytoca* (683 isolats), *E. cloacae* (655 isolats), *K. aerogenes* (507 isolats). ¶

***E. coli* (isolats urinaires) ¶**

● → BLSE ¶

○ → Domicile → ¶

- → Région Occitanie → → 3% (917/30800) [En 2021, 2,6% en Occitanie (et 2,8% en France) ¶]
- → Département avec le taux le plus fort: ¶



Surveillance de la Résistance bactérienne aux Antibiotiques en soins de ville et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Région Occitanie
Résultats intermédiaires 1^{er} semestre 2023

Commentaires EB, Février 2024.

2. Escherichia coli : Résistance aux antibiotiques

Pourcentage de souches de *Escherichia coli* productrices de BLSE dans les prélèvements urinaires selon le type d'hébergement.
Mission PRIMO, Région Occitanie, Résultats 1^{er} semestre 2023.

Difficile de conclure quoi que ce soit avec 4 souches (à domicile) en Ariège, 7 en Aveyron, 12 en Haute-Garonne (c'est vraiment insignifiant pour un tel bassin de population), 3 en Hautes-Pyrénées, 1 dans le Lot, 7 dans le Tarn.

Nette sur-représentation de l'Occitanie Est (en particulier, Hérault, Gard et PO).

Aucune donnée (domicile et EHPAD) pour le Tarn et Garonne !!!

Aucune donnée en EHPAD pour l'Ariège, l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Lot et le Tarn

Escherichia coli Urinaires	Patients vivant à domicile ¹		Patients vivant en Ehpad ^{2,3}	
	n	BLSE (n,%)	n	BLSE (n,%)
Occitanie	2705	932 (3,4%)	1158	104 (9%)
Ariège	4	0*	0	0
Aude	1234	44 (3,6%)	26	2 (7,7%)*
Aveyron	7	0*	0	0
Gard	8570	273 (3,2%)	239	28 (11,7%)
Gers	326	7 (2,1%)	26	1 (3,8%)*
Haute-Garonne	12	1 (8,3%)*	0	0
Hautes-Pyrénées	3	0*	1	0*
Hérault	10154	361 (3,5%)	543	36 (6,6%)
Lot	1	0*	0	0
Lozère	42	1 (2,4%)*	5	0*
Pyrénées-Orientales	6745	245 (3,6%)	318	37 (11,6%)
Tarn	7	0*	0	0
Tarn-et-Garonne	0	0	0	0

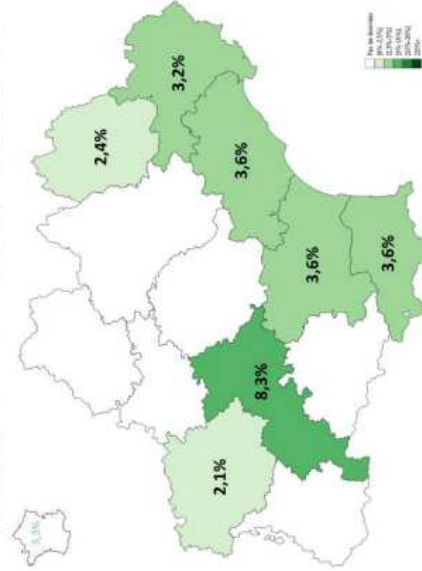
¹ Données issues de la mission PRIMO

² Données issues de la mission SPANES

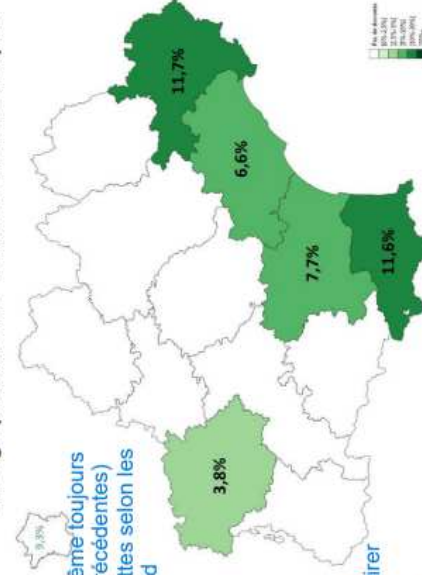
* Nombre de souches < 50

Pas de différence notable, selon les départements (parmi ceux avec un nombre de souches suffisant) en ce qui concerne les taux d'E coli BLSE à domicile.
Par contre, un taux qui semble significativement plus élevé dans les Pyrénées Orientales et dans le Gard que dans l'Hérault (11,6% et 11,7% vs 6,6%) si l'on s'intéresse aux EHPAD.

Cartographie % BLSE – Patients vivant à domicile



Cartographie % BLSE – Patients vivant en Ehpad



On voit qu'il y a quand même toujours (idem dans les années précédentes) des différences assez nettes selon les départements (si on prend en compte uniquement les départements avec un nombre de souches significatif).

Pour le Gers et l'Aude, seulement 26 souches analysées dans chaque département en EHPAD => pas sûr qu'on puisse tirer des conclusions solides sur un si petit effectif.

Mission PRIMO – Région Occitanie – 1^{er} semestre 2023
Pour plus d'informations, rendez-vous sur antibioresistance.fr

Analyse de la résistance des principales espèces de streptocoques dans la région Occitanie : données sur 8876 souches isolées sur 2022 et 2023 (taux de résistance par antibiotique d'intérêt)

¶

¶	Amoxipar	Clinda¶	Erythro¶	Lévoflo¶	Pristina¶	Rifam¶	Doxy¶	TMP-SMZ¶
<i>S. gallactiae</i> ¶ (3660 isolats)¶	0¶	19,8¶	31,6¶	4,9¶	0¶	<1%¶	79,7¶	<.1%¶
Strepto- groupe milleri*¶ (950)¶	0¶	25,6¶	30,5¶	X¶	0¶	<1%¶	31,3¶	<.1%¶
Strepto-C-G¶ (635)¶	0¶	34,1¶	33,8¶	3,8¶	0¶	<1%¶	29,5¶	<.1%¶
Strepto- oraux**¶ (528)¶	7,3%**¶	17,8¶	44,1¶	5,3¶	0¶	<1%¶	19,3¶	9,6%¶
<i>S. pneumoniae</i> ¶ (807)¶	19,5%**¶	27,3¶	34,7¶	2,1¶	0¶	<1%¶	27,1¶	8,9%¶
<i>S. pyogenes</i> ¶ (2103)¶	0¶	9,8¶	15,4¶	2,3¶	0¶	<1%¶	18,9¶	6%¶
Strepto-ex- groupe bovis***¶ (193)¶	0¶	43,5¶	43,7¶	X¶	0¶	X¶	67,3¶	15,6¶

¶

* *S. anginosus*, *S. constellatus*, *S. intermedius*.¶

** *Streptococcus mitis*, *Streptococcus gordonii*, *Streptococcus oralis*, *Streptococcus parasanguis*, *Streptococcus sanguis*, *S. salivarius*, *S. vestibularis*, *S. thermophilus*, *S. mutans*.¶

Outils (4)

- **Recommandations et autres outils pour un MUA**
 - Recommandations SPILF (Jeux de diaporama) et HAS
 - Boîte à outils (« toolbox ») sur le site du REPIA
 - Antibioclic (partenariat avec URPS médecins, pharmaciens, biologistes (?), CRAtb. → outil de communication
 - Antibiogrammes ciblés IU femme et fille à partir de 12 ans (HAS-SFM-SPILF)
 - Thèses et mémoires : Bactériurie et IU en EHPAD, Durée de traitement en officine...
 - e-BUG

Recommandations de pratique clinique pour le diagnostic et la prise en charge infectiologique des infections de plaie du pied chez les patients diabétiques (IPPPD)

Recommandations SPILF 2023

Jeu de diapositives réalisées par le comité des
référentiels de la SPILF le 27/10/23

Conclusion

- Nécessité d'un travail en synergie entre les structures pour la prévention des infections et celles en charge d'un MUA.
 - Ressources humaines limitées => nécessité de définir des priorités.
 - Fabriquer des outils, c'est bien ! Les diffuser largement, partout là où ils peuvent être utiles et les faire connaître (apprendre aux potentiels utilisateurs) c'est mieux.
 - Connaitre les outils développés hors région
 - Dans d'autres régions
 - A l'échelle nationale : HAS, Sociétés savantes (SPILF)
- En les adaptant localement si nécessaire.
Eviter de réinventer la roue