



# Prélèvements et infections urinaires Rappels et nouvelles recommandations

=> Importance du personnel paramédical  
dans le bon usage des ATB en ESMS

Laura LAQUEYRIE IDE - MPMI / EMA 65

Alexa Debard CRATB/ BUA/ PROMISE



# Le triste constat : en ville 2024

## LES ANTiBiOTiQUES

bien soigner, c'est d'abord  
bien les utiliser



## Prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville : augmentation en 2024

Source : Rapport « Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France, 2014-2024 »

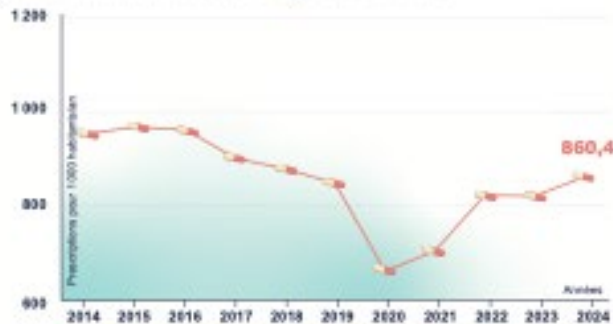
En 2024, les prescriptions d'antibiotiques en médecine de ville ont augmenté de 4,8 % par rapport à 2023, atteignant 860,4 prescriptions pour 1 000 habitants/an. Cette hausse marque une rupture avec la tendance de baisse modérée mais constante observée entre 2014 et 2023.

Cette évolution des prescriptions entre 2023 et 2024 varie selon les différentes classes d'âge, avec une stabilisation chez les enfants de 0-4 ans (1 326 prescriptions/1 000 habitants/an, valeur qui reste légèrement inférieure à celle de 2019, 1 333 prescriptions/1 000 habitants/an), et une augmentation dans les classes d'âge des 65-79 ans et des plus de 80 ans (respectivement 1 010 et 1 202 prescriptions/1 000 habitants/an).

Le nombre de prescriptions reste important chez les enfants et a particulièrement augmenté en fin d'année 2024, en lien avec les épidémies d'infections hivernales. Pourtant, ces dernières sont majoritairement virales et justifient rarement une prescription d'antibiotiques.

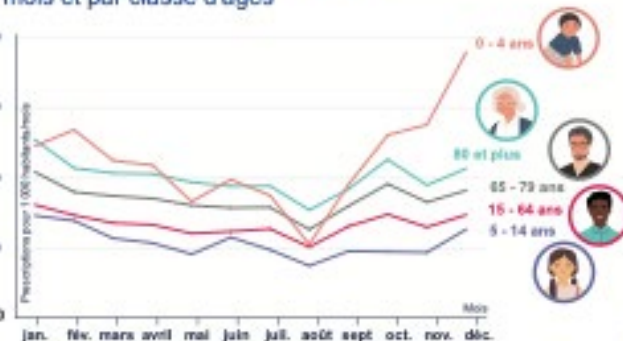
La consommation reste au-dessus de l'objectif national de moins de 650 prescriptions / 1000 hab./an d'ici 2027 fixé par la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

Prescriptions d'antibiotiques de 2014 à 2024  
par an et toutes classes d'âge confondues



Sources : Données SNDS. Analyse Santé publique France

Prescriptions d'antibiotiques en 2024  
par mois et par classe d'âges



En 2024, la France est le 2<sup>e</sup> pays le plus consommateur d'antibiotiques en Europe (alors qu'elle était le 5<sup>e</sup> en 2023).

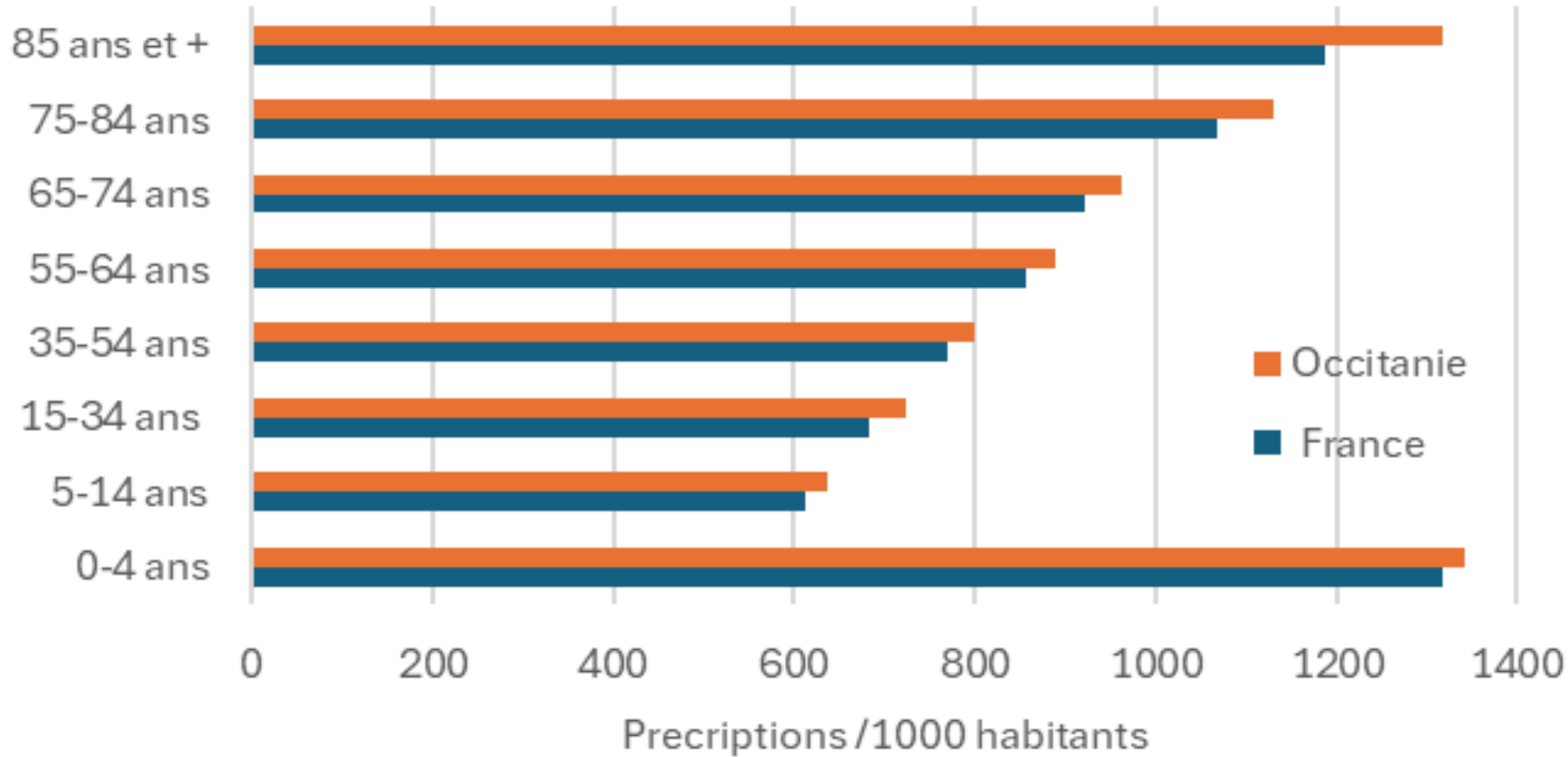
860 prescriptions pour 1000 Habitants/an

### Augmentation :

- chez les 65-79 ans (1 010 pres/1 000 hab/an)
- chez les + 80 ans (1 202 pres/ 1 000 hab/an)

La résistance des E.coli aux céphalosporines de 3e génération (C3G) a augmenté en ville et dans les établissements de santé tandis que celle aux fluoroquinolones a diminué dans les 3 secteurs de soins (ville, hôpitaux et Ehpad), atteignant son plus bas niveau depuis 2014.

## Consommations globales d'antibiotiques en ville en Occitanie en 2023



<sup>\*</sup> De 2022 à 2023 en ville  
toutes populations  
confondues

France entière



0.17 %

Occitanie



1.41 %

# Consommations globales d'antibiotiques

Secteur EHPAD, région France entière, unité prescriptions, 2022



NOVEMBRE 2025

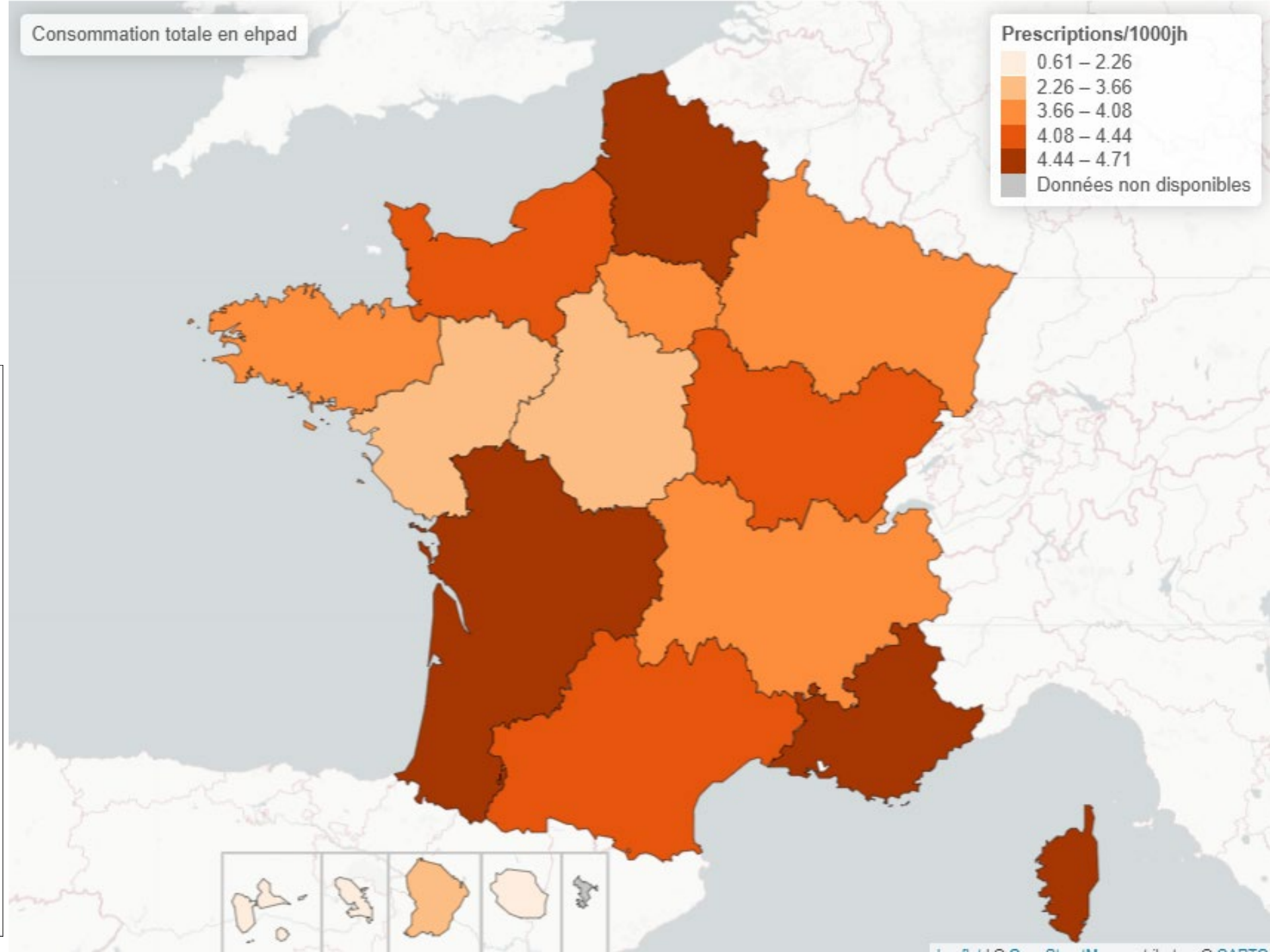
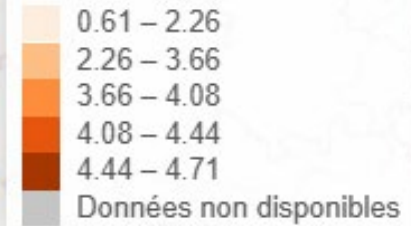
ANTIBIORÉSISTANCE

DONNÉES DE SURVEILLANCE

**CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES  
EN SECTEUR DE VILLE EN FRANCE,  
2014-2024**

Consommation totale en ehpad

Prescriptions/1000jh



# Consommations globales d'antibiotiques

Secteur EHPAD, région France entière, unité prescriptions, 2023

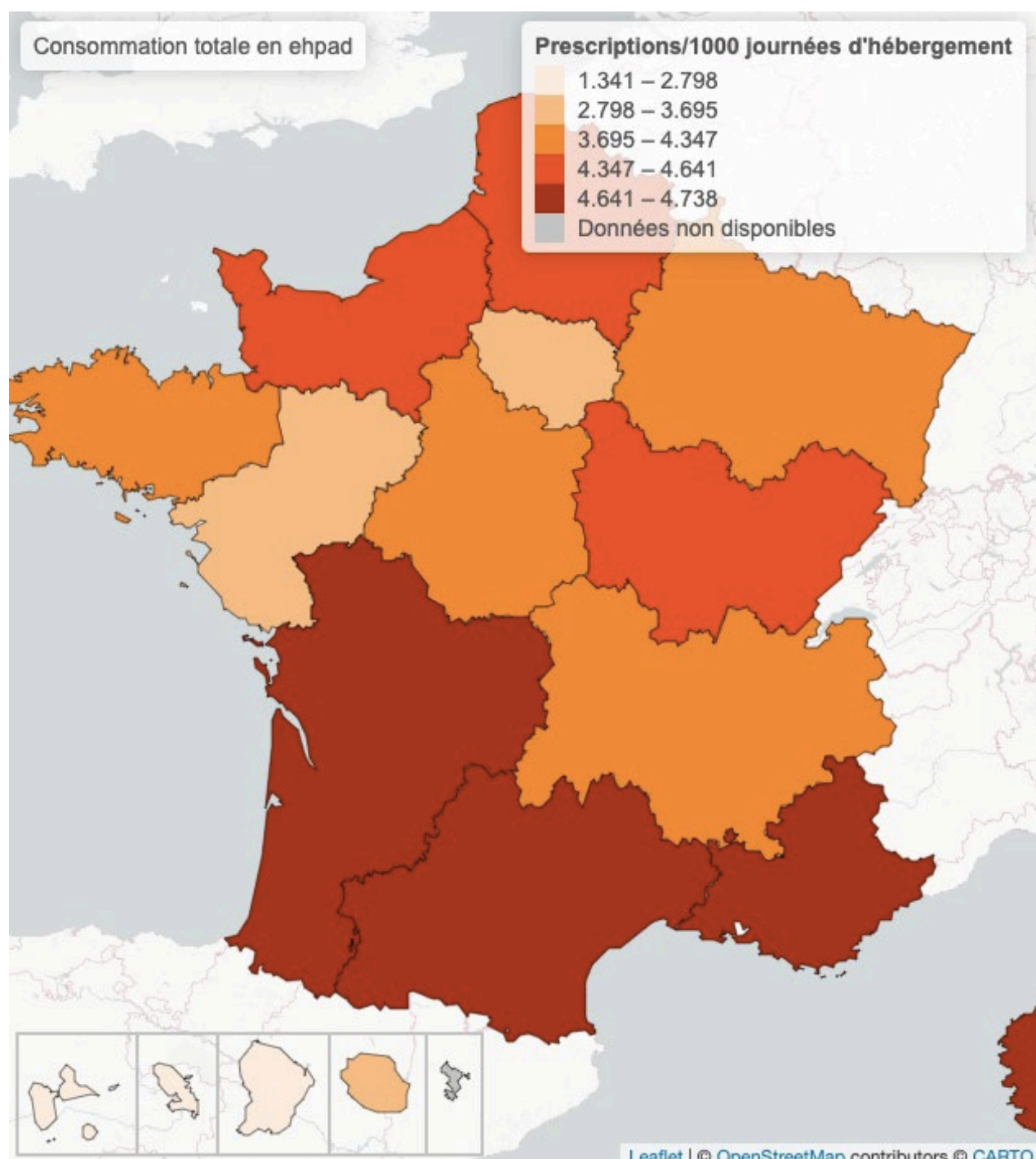


NOVEMBRE 2025

ANTIBIORÉSISTANCE

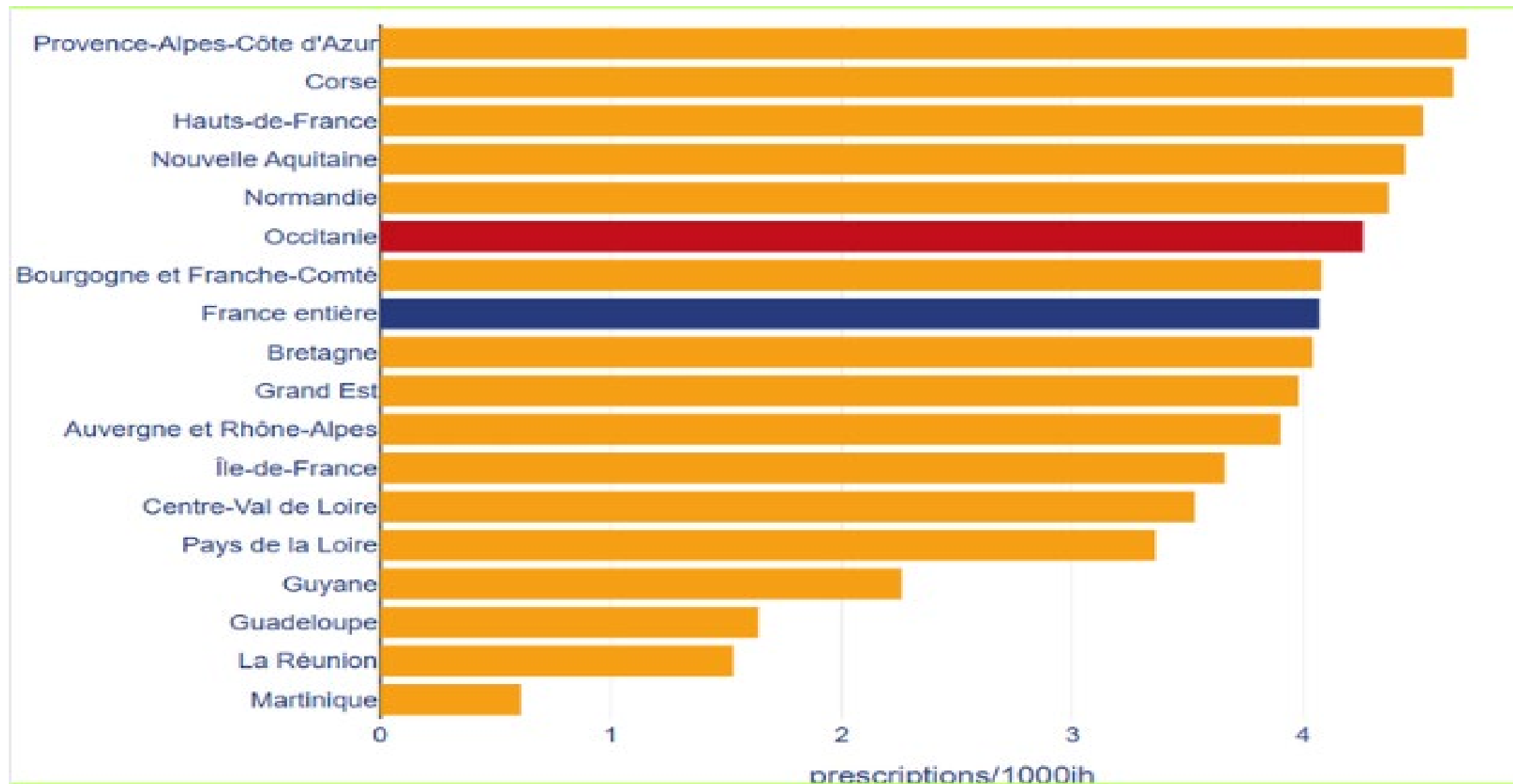
DONNÉES DE SURVEILLANCE

**CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES  
EN SECTEUR DE VILLE EN FRANCE,  
2014-2024**



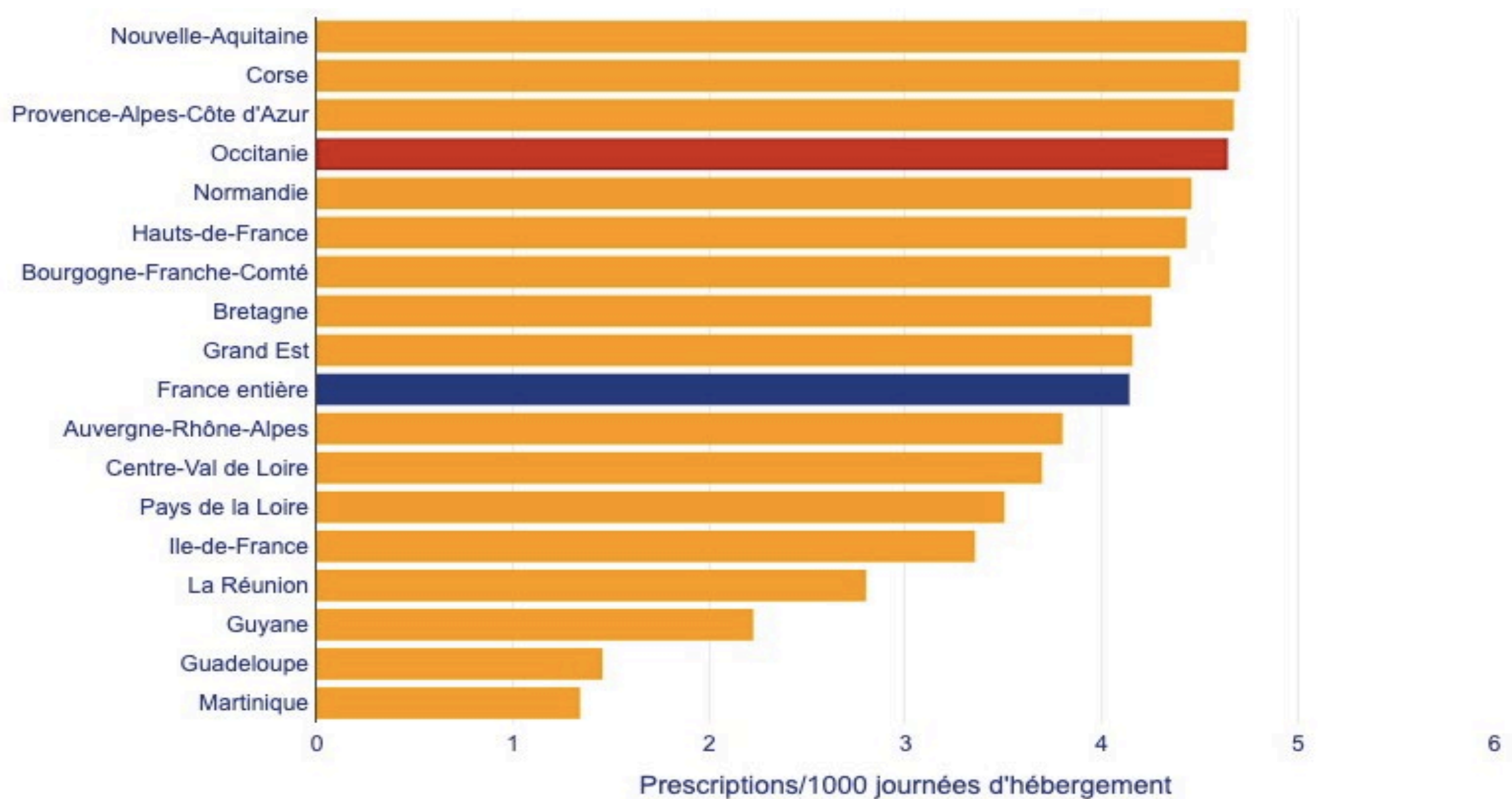
## Comparaison régionale des consommation totale d'antibiotique en EHPAD 2022

Prescriptions/1000 Journées d'hébergement 2022 : Occitanie : 6<sup>ème</sup>

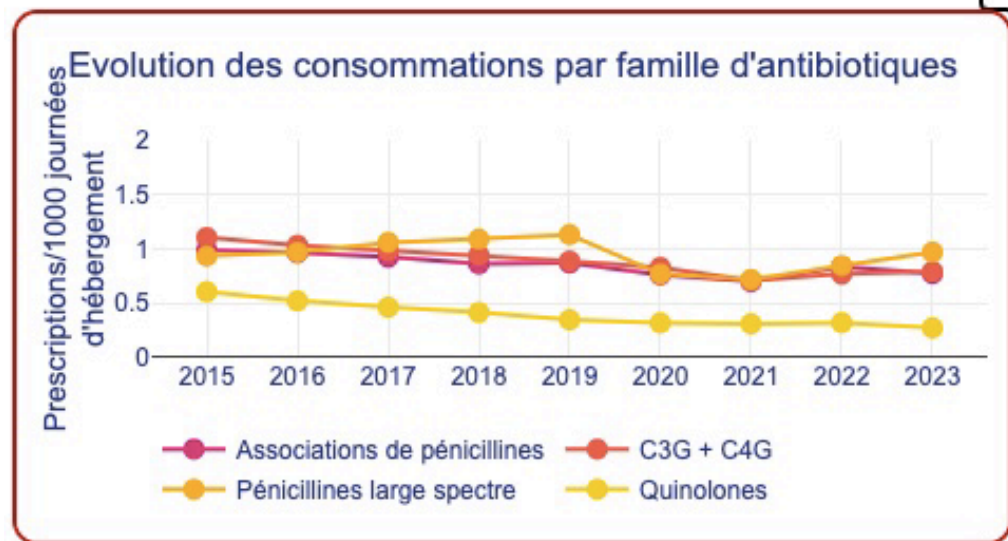


## Comparaison régionale des consommation totale d'antibiotique en EHPAD 2023

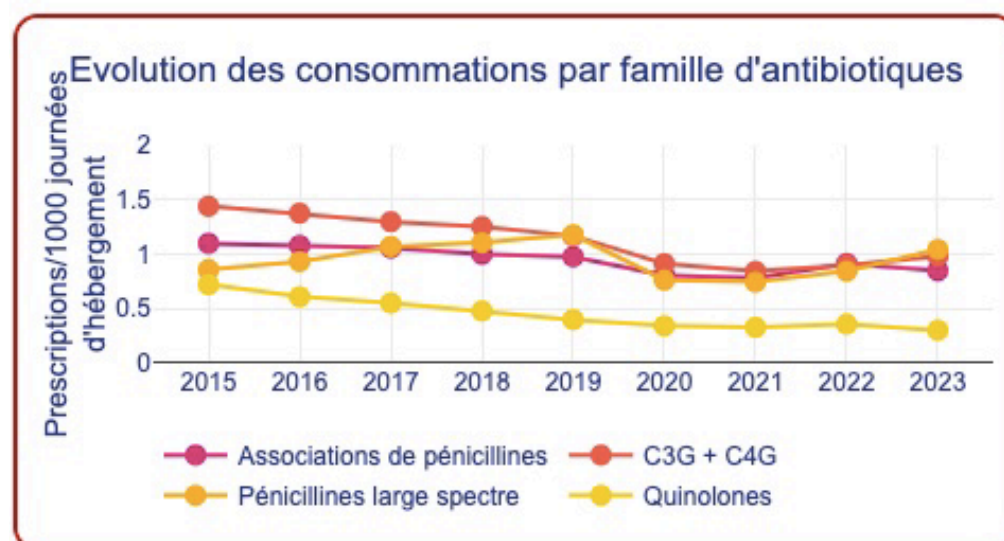
Prescriptions/1000 Journées d'hébergement 2023 Occitanie : 4<sup>ème</sup>



## France entière Année 2024 - Secteur EHPAD - Synthèse



## Occitanie Année 2024 - Secteur EHPAD - Synthèse



# Que sait-on du profil des infections en ESMS ?



Et si vous ajoutiez **une touche de**



# PAPRICA

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT POUR LA PRÉVENTION  
DES INFECTIONS ET LE CONTRÔLE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

dans le bon usage **des antibiotiques**  
et la **prévention des infections**  
en EHPAD ?



## Et données ENP 2024

# Antibiothérapies en EHPAD

> 50 % des  
antibiothérapies sont  
inadaptées ou  
inappropriées

Infections  
respiratoires  
virales



Colonisation  
urinaire



Antibioprophylaxie  
au long cours

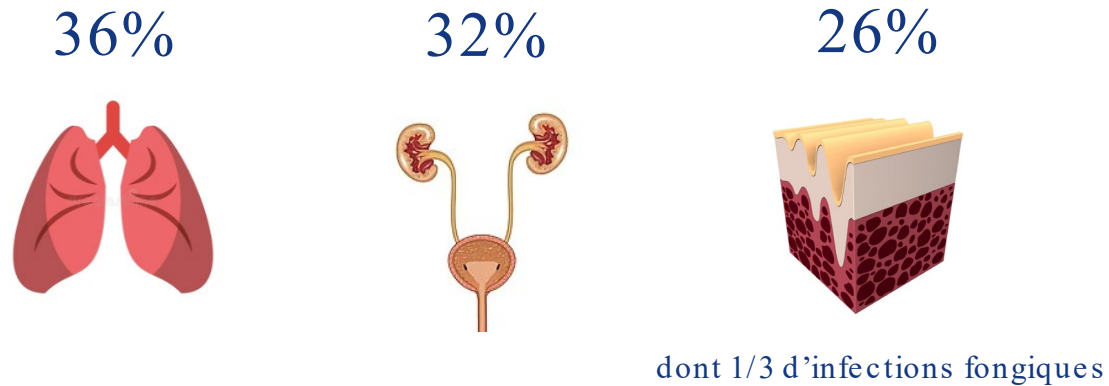


Durée trop longue  
Spectre trop large



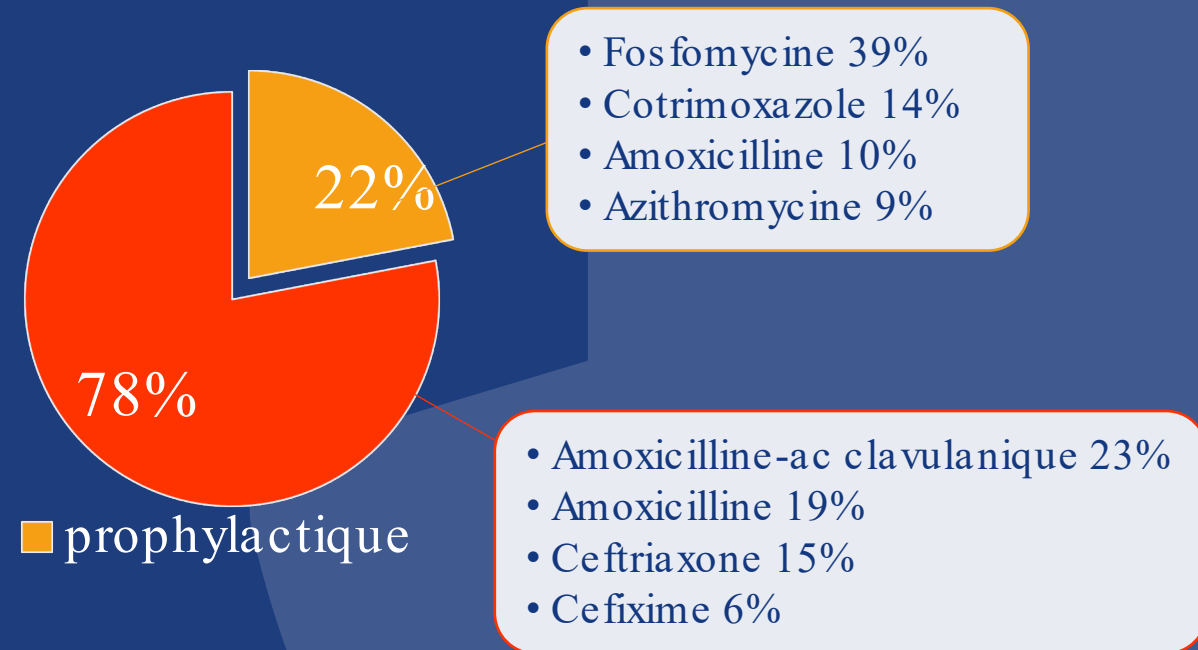
# Infections et antibiothérapies en EHPAD

2,35% de résidents infectés



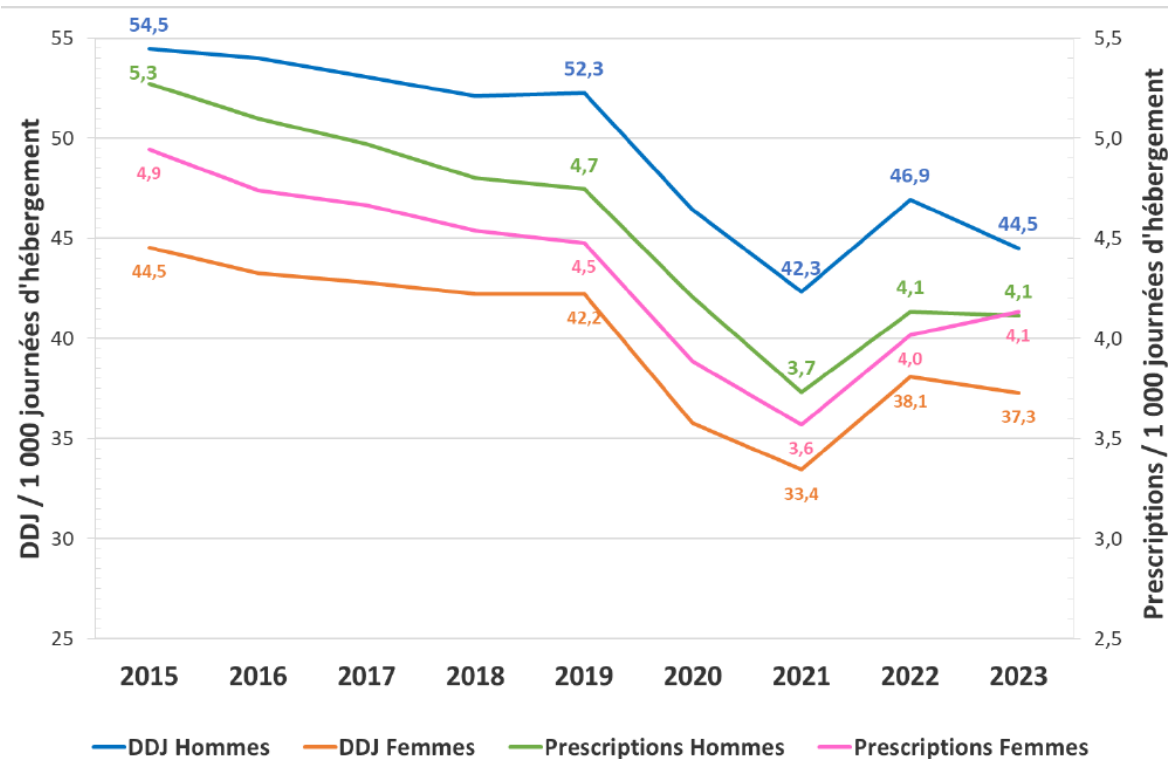
1288 EHPAD, 102 166 résidents – enquête un jour donné

2,87% de résidents sous antibiotiques



# Antibiothérapies en EHPAD : évolution

- En EHPAD, la consommation d'antibiotiques est globalement à la baisse.

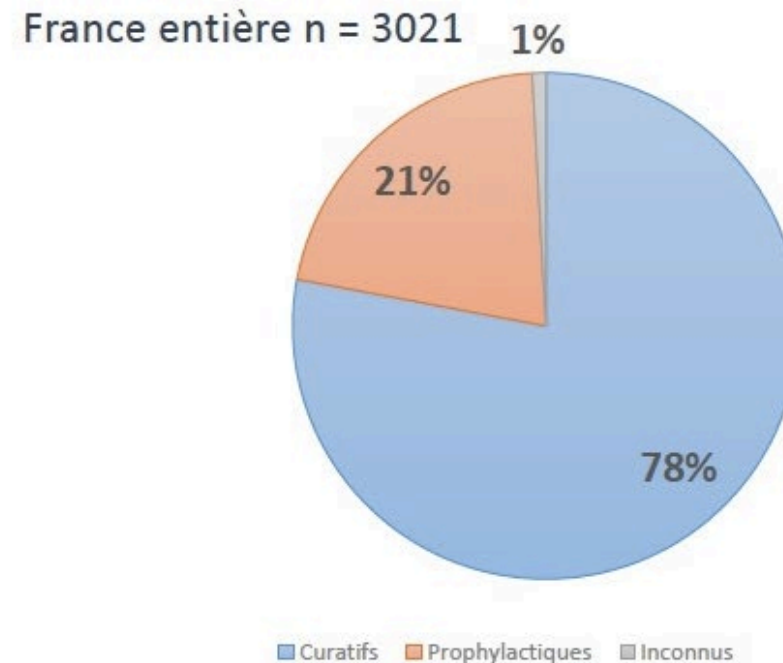
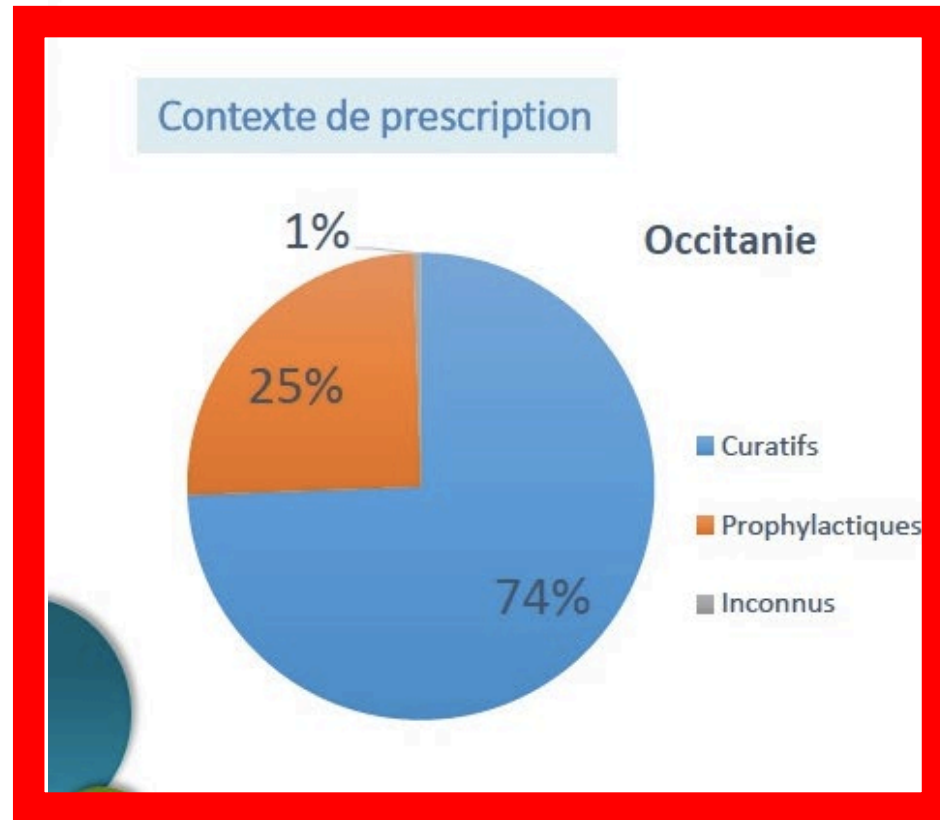


Il existe de fortes disparités régionales

Données régionales à retrouver [ici](#)

# ENP 2024 Occitanie : quelques rappels

## 387 traitements antibiotiques



# Traitements antibiotiques

Molécules d'antibiotiques

Curatif (N = 285)



Ceftriaxone 21% 51

Amoxiclav 25%, 61

Amoxicilline : 19 %, 48



Prophylactique (N = 114)

Fosfomycine 50%, 40

Cotrimoxazole 26% 21

Amoxicilline 10%, 8



Curatif (N = 2000)



Amoxicilline 23%

Amoxiclav 26%,

Ceftriaxone 17%



Prophylactique (N = 504)

Fosfomycine = 51%

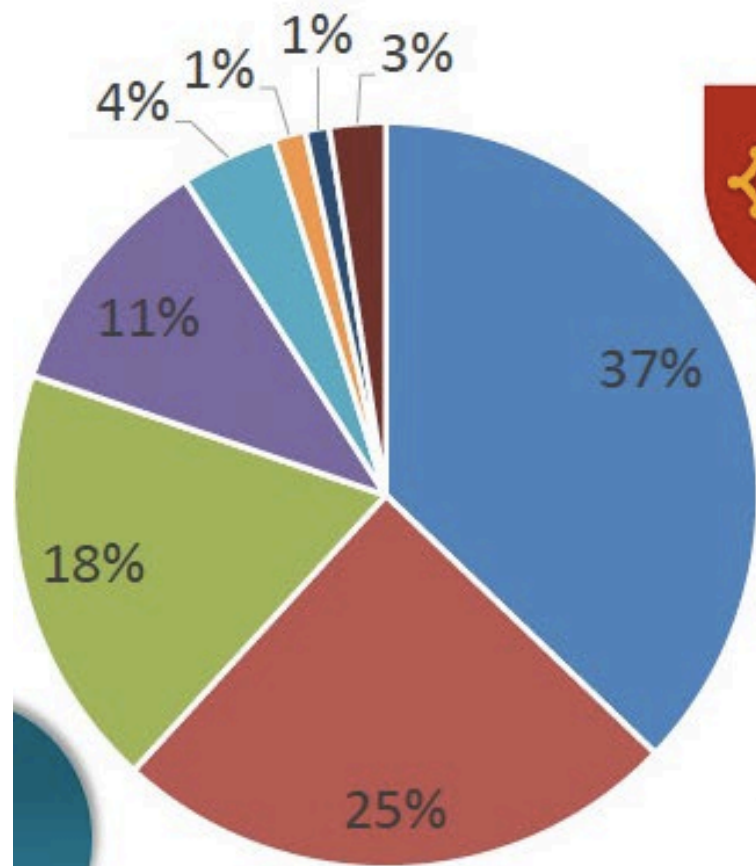
Cotrimoxazole 19 %

Amoxicilline 12%



# Traitements antibiotiques

## Diagnostics associés



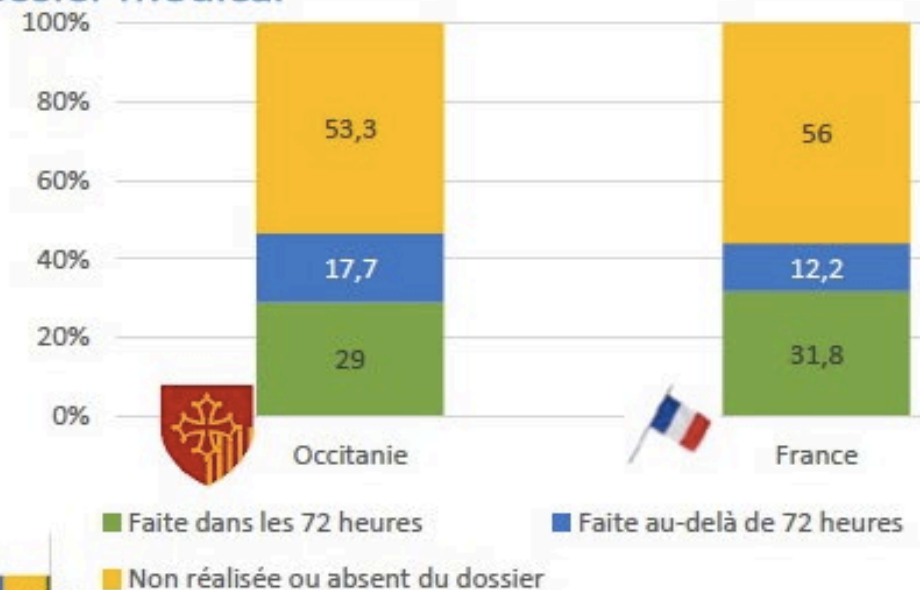
Diagnostics associés	Nombre d'ATB	Proportion d'ATB	Proportion d'ATB national
Infection urinaire	107	37,1	34,8
Pneumonie	53	18,4	15,5
Infection peau et tissus mous	31	10,7	14
Bronchite aiguë ou exacerbation de bronchite chronique	71	24,8	20
Infection ostéoarticulaire	4	1,4	0,03
Infection digestive	3	1	0,6
Infection ORL	12	4,2	0,09
Autres (infection génitale, oculaire, du système nerveux, inconnue)	7	2	5,3

# Traitements antibiotiques

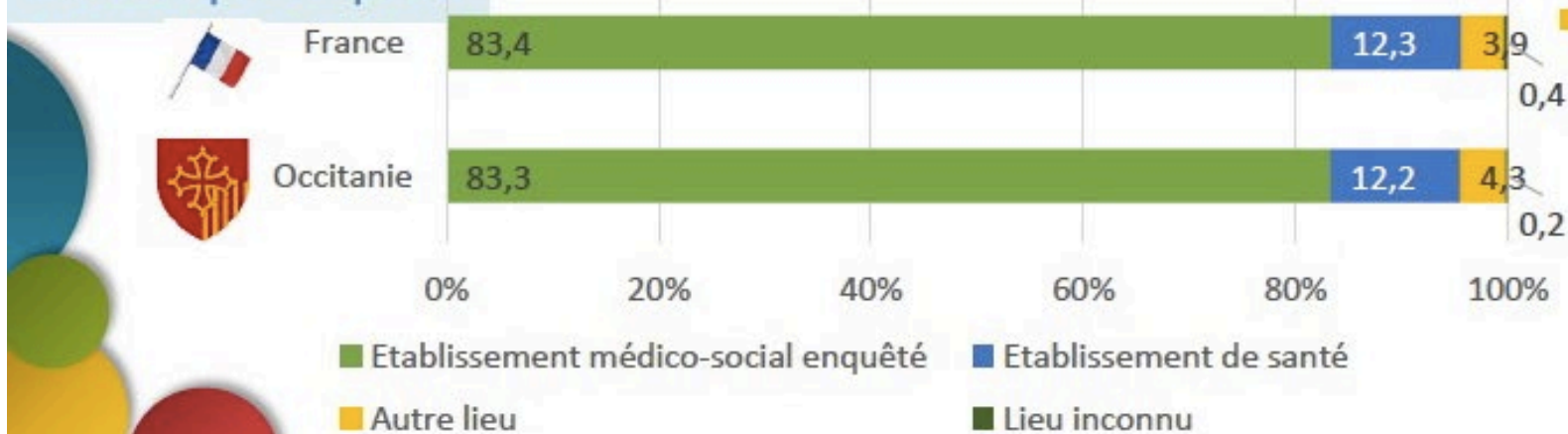
## Curatifs

Durée prévue du traitement	Occitanie	National
Moyenne	12,8 j	14,2 j
Médiane	7 j	7 j
≤ 7 jours	63,20%	64,10%
> 7 jours	36,10%	34,00%
Inconnue	0,70%	2,00%

Révaluation par un médecin tracée dans le dossier médical

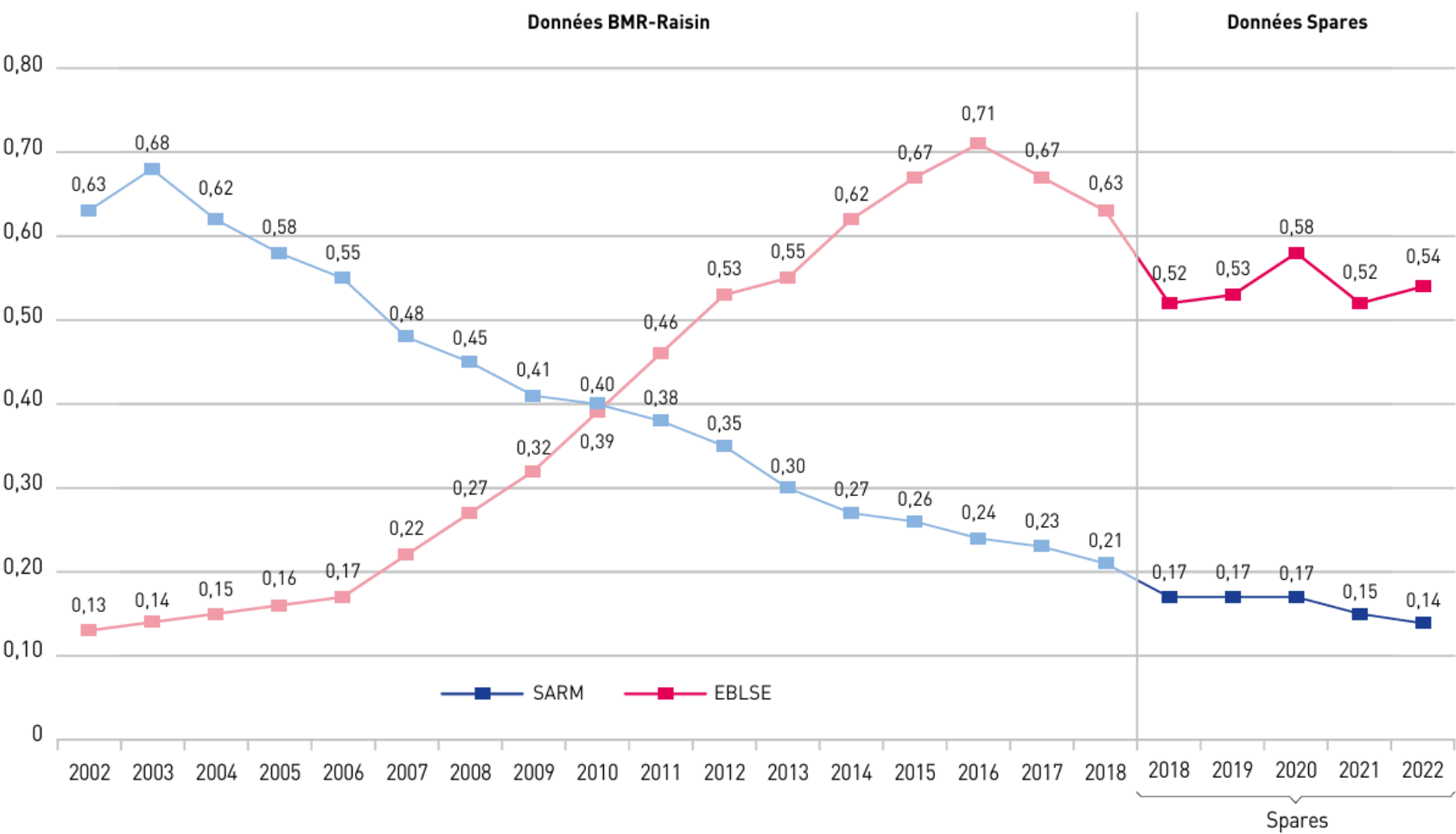


## Lieux de prescription



# Évolution résistance bactérienne en établissement de santé en France (2002-2022)

**FIGURE 2 | Évolution entre 2002 et 2022 de l'incidence (nombre de souches pour 1 000 JH) des SARM et des EBLSE. France, mission nationale Spares, données 2022**  
*Nombre d'établissements participants variable chaque année, changement de méthode de surveillance en 2018*



# Surveillance de la résistance bactérienne en EHPAD en France (mission PRIMO)

- Proportions de résistance aux antibiotiques plus élevées en Ehpads qu'en ville, quel que soit l'indicateur, mais évolue différemment.
- Augmentation de la proportion de souches urinaires de E. coli résistantes aux C3G pour la 3e année consécutive chez les patients de ville, mais diminution de cette résistance en Ehpads.
- Proportion de souches urinaires de E. coli résistantes aux fluoroquinolones diminue dans les 2 secteurs, atteignant ainsi en Ehpads l'objectif, fixé dans la stratégie nationale, de passer sous le seuil défini de 18% avant 2025.
- Les deux indicateurs en ville et en Ehpads concernant la proportion de prélèvements urinaires porteurs de carbapénémases pour les espèces cumulées E. coli, K. pneumoniae et Enterobacter cloacae atteignaient également les objectifs définis mais ils étaient en augmentation.

# Antibiorésistance en EHPAD

## ECBU positif à E. coli

données PRIMO 2024 (EHPAD non adossés à un établissement de soins)

Antibiotiques testés	ville	EHPAD
	%R	%R
Amoxicilline	46,7%	54,3%
Amoxicilline + acide clavulanique	21,1%	27,2%
Mecillinam	7,4%	9,6%
Cefixime	5,9%	11,5%
🎯 Céphalosporine de 3 <sup>ème</sup> génération	4,1%	8,6%
Ertapénème	0,1%	0,1%
🎯 Fluoroquinolones	11%	14,6%
Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	22,4%	23,4%
Fosfomycine	2%	2,8%
Nitrofurantoïne	0,5%	0,9%

## Objectifs de la stratégie nationale 2022-2027



E.coli résistants aux C3G < 8%

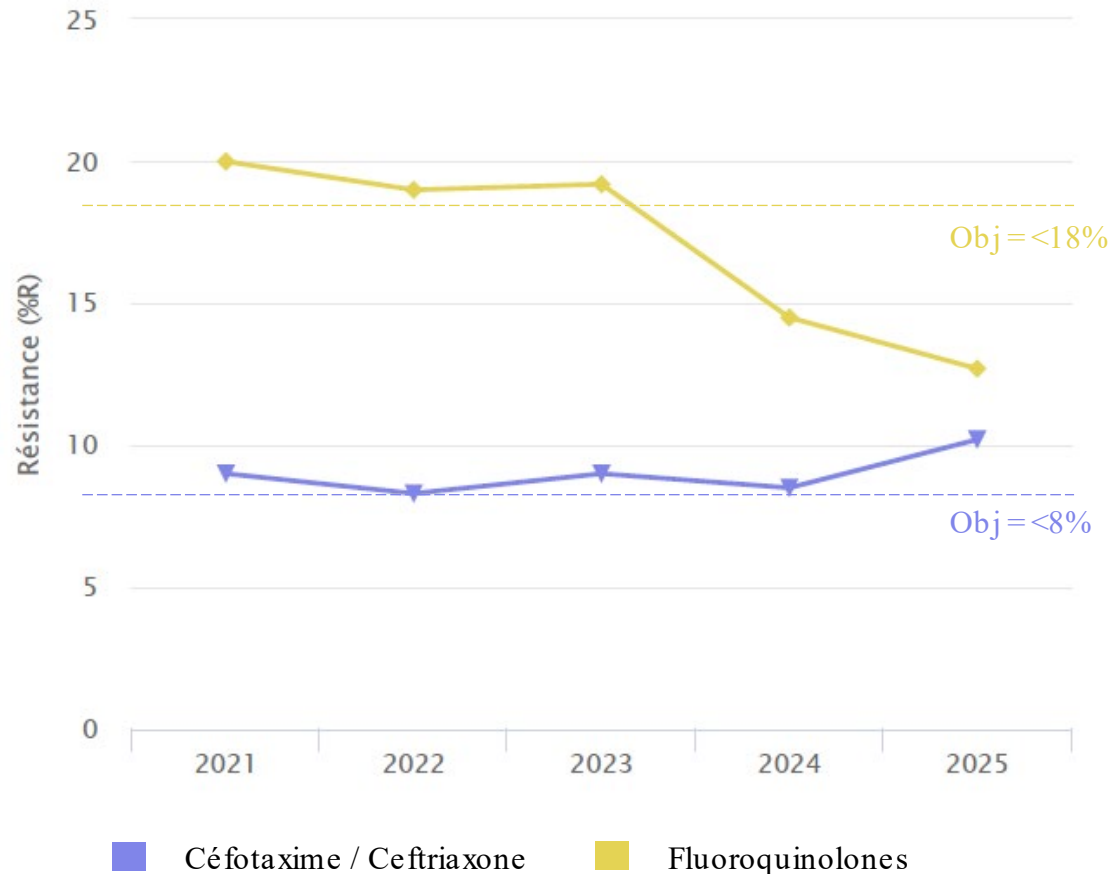
E.coli résistants aux FQ < 18%

Données régionales à retrouver [ici](#)

# Antibiorésistance en EHPAD : évolution

## ECBU positif à E. coli

données PRIMO (EHPAD non adossés à un établissement de soins)



## Objectifs de la stratégie nationale 2022-2027



E.coli résistants aux C3G < 8%

E.coli résistants aux FQ < 18%

Données régionales à retrouver [ici](#)



**SURVEILLANCE NATIONALE DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES EN VILLE ET SECTEUR MÉDICO-SOCIAL**



**RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DES ENTEROBACTERIES URINAIRES EN VILLE ET EN EHPAD ANNÉE 2024**



**LES DONNÉES SONT ISSUES DE**

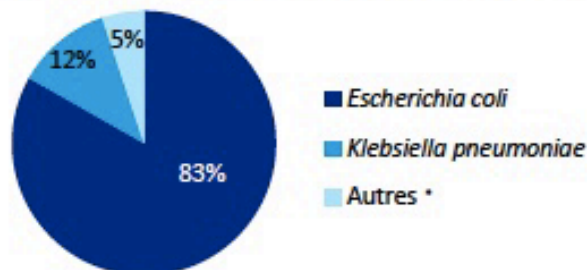
246 LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE SUR 443

EN RÉGION OCCITANIE

- Laboratoire participant à PRIMO
- Laboratoire ne participant pas à PRIMO

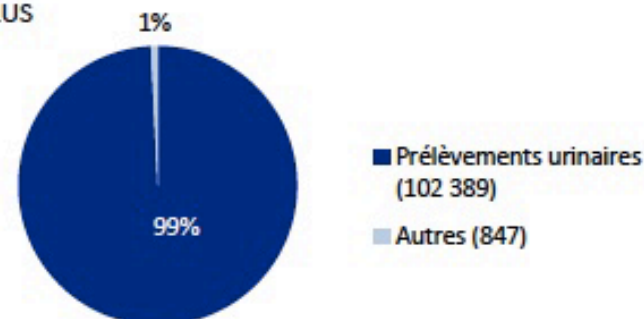
**ÉCHANTILLONS PRÉLEVÉS**

- 103 236 ANTIBIOGRAMMES D'ENTÉROBACTÉRIES
- 102 389 ANTIBIOGRAMMES URINAIRES D'ENTÉROBACTÉRIES
- LES RÉSULTATS PAR SEXE CONCERNENT LES 18 ANS ET PLUS



Répartition des antibiogrammes urinaires selon les espèces d'entérobactéries (n = 102 389)

\* *Klebsiella oxytoca*, *Klebsiella aerogenes* et *Enterobacter cloacae complex*



Répartition des antibiogrammes d'entérobactéries selon le prélèvement (n = 103 236)

# RÉSISTANCES OBSERVÉES

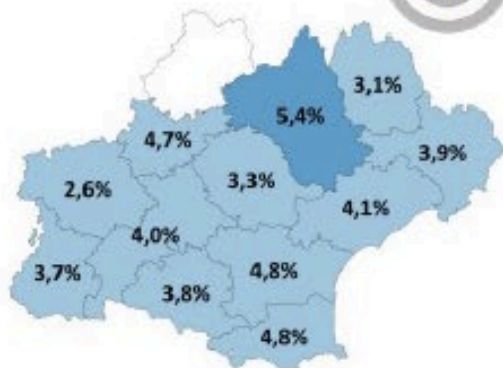
## Escherichia coli (urines)

### À DOMICILE

4,3%

Cible 2025  
<3%

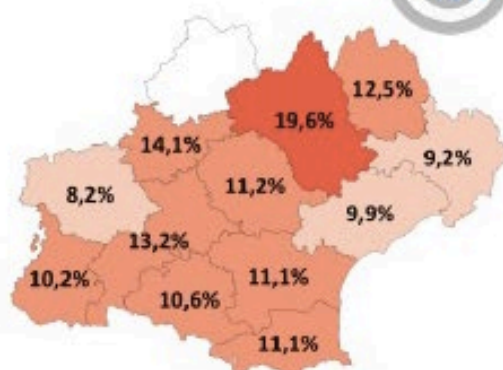
RÉGION  
4,1%



10,8%

Cible 2025  
<10%

RÉGION  
10,6%

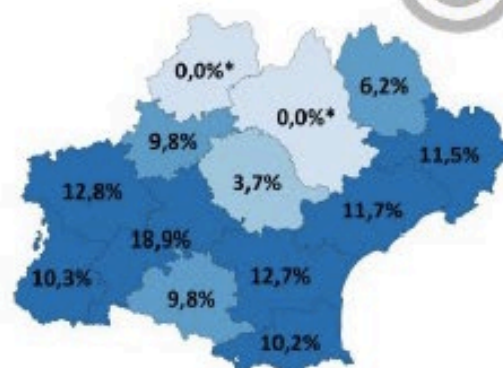


### EN EHPAD

8,9%

Cible 2025  
<8%

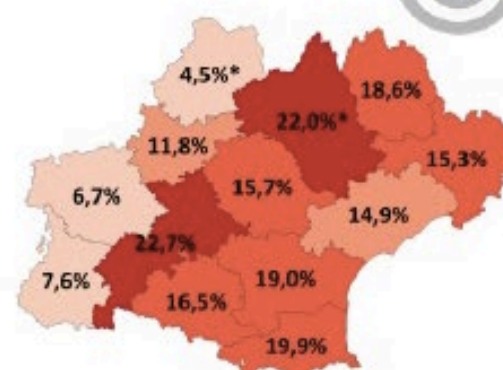
RÉGION  
11,0%



14,2%

Cible 2025  
<18%

RÉGION  
16,3%



**C3G**  
Céphalosporines 3ème génération  
(Céfotaxime ou ceftriaxone ou ceftazidime)

Départements	Effectifs Ville
Ariège	2390
Aude	6510
Aveyron	30
Gard	10707
Gers	2832
Haute-Garonne	9750
Hautes-Pyrénées	3036
Hérault	20766
Lot	6
Lot-et-Garonne	2498
Pyrénées-Orientales	15298
Tarn	4220
Tarn-et-Garonne	622

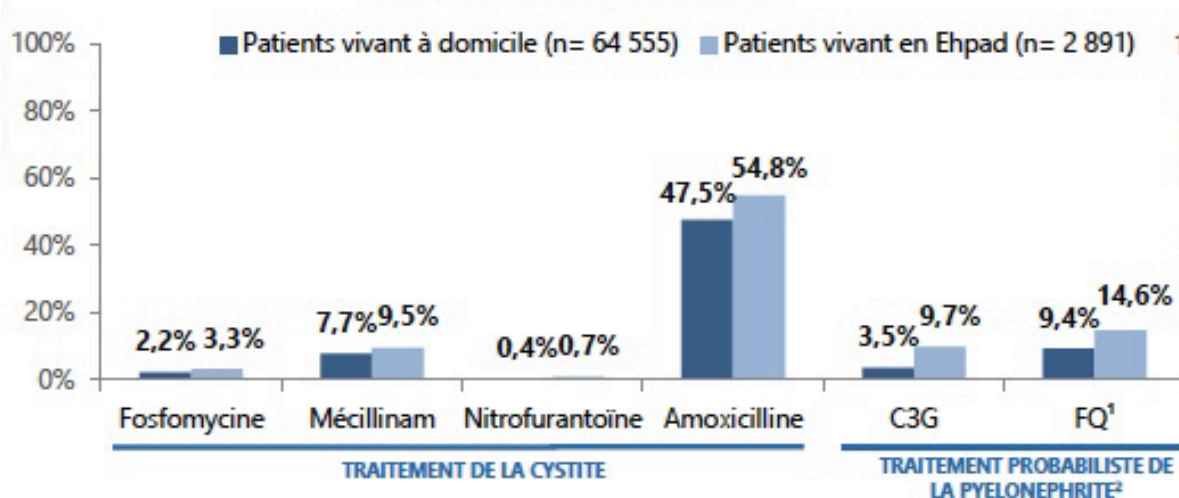
**FQ**  
Fluoroquinolones

Départements	Effectifs EHPAD
Ariège	133
Aude	288
Aveyron	41
Gard	654
Gers	109
Haute-Garonne	386
Hautes-Pyrénées	262
Hérault	994
Lot	25
Lot-et-Garonne	226
Pyrénées-Orientales	579
Tarn	264
Tarn-et-Garonne	51

## RÉSISTANCES OBSERVÉES

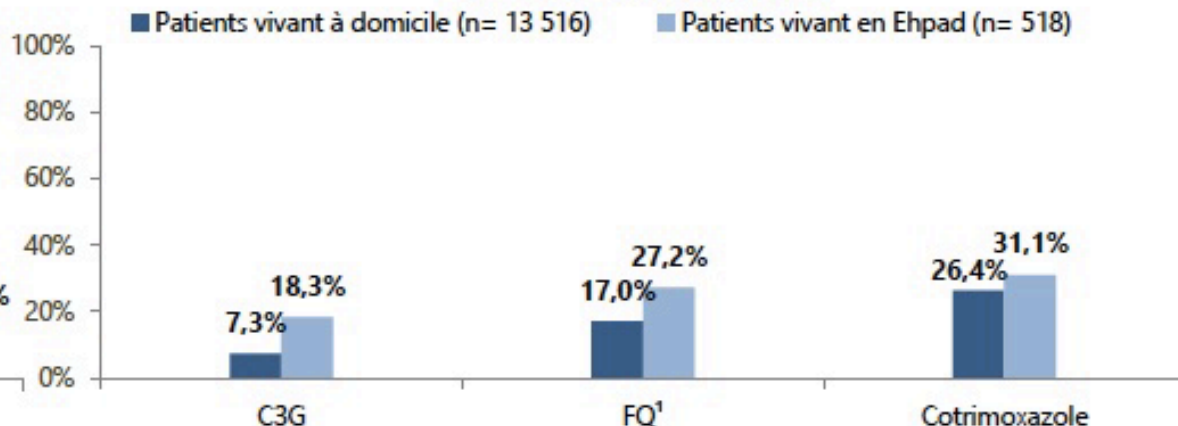
### Escherichia coli (urines)

#### CHEZ LA FEMME



- Fosfomycine, pivmécillina<sup>m</sup>, nitrofuranes : utilisables en probabiliste dans les cystites ([cf recos HAS/Spilf infections urinaires](#))
- Amoxicilline : > 50% de sensibilité des souches urinaires isolées chez les femmes. Bonne efficacité clinique en cas de sensibilité de la bactérie

#### CHEZ L'HOMME



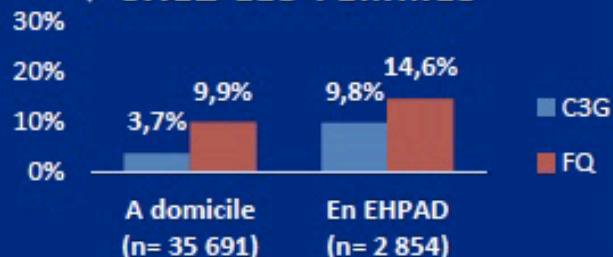
- C3G à privilégier en probabiliste sur les formes graves
- Les FQ sont les molécules de référence du fait de leur excellente diffusion dans les infections urinaires masculines fébriles mais prévenir le patient des effets indésirables ([note Ansm d'août 2023](#))
- Cotrimoxazole : bonne efficacité clinique en cas de sensibilité de la bactérie

<sup>1</sup> Éviter les FQ en probabiliste si prescrites dans les 6 derniers mois

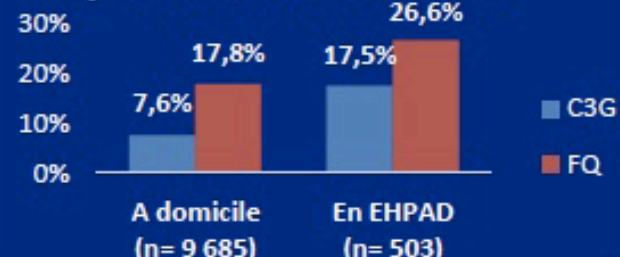
<sup>2</sup> C3G et FQ : utilisation réservée aux pyélonéphrites, le relais par une autre molécule est à adapter selon l'antibiogramme


  
**SELON L'HÉBERGEMENT ET LE SEXE CHEZ LES > 65 ANS**

#### ♀ CHEZ LES FEMMES



#### ♂ CHEZ LES HOMMES





Mission PRIMO  
bp-primo@chu-nantes.fr

# Indicateurs régionaux de résistance aux antibiotiques

en soins de Ville et en EHPAD

Données à interpréter en fonction des effectifs et de l'évolution du réseau (n=81 213 souches de *E. coli* en ville et n=3992 en EHPAD)



2024

## Occitanie

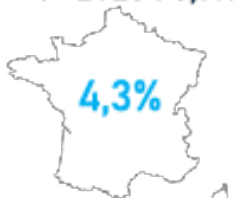
### Escherichia coli-souches urinaires

#### Résistances aux Céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération

En Ville

Votre région : 4,1%

↗ 2023 : 3,9%



En EHPAD

Votre région : 11,0%

↗ 2023 : 10,9%



#### Résistances aux Fluoroquinolones

En Ville

Votre région : 10,6%

↘ 2023 : 11,6%



En EHPAD

Votre région : 16,3%

↘ 2023 : 20,8%

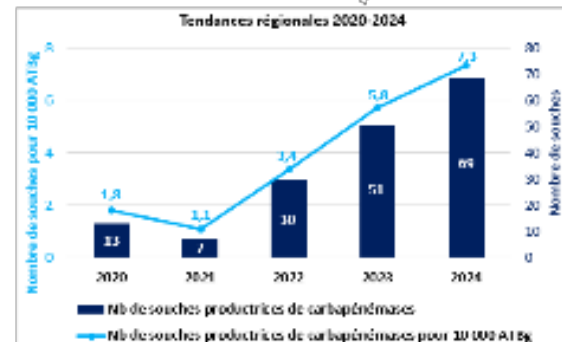


### Entérobactéries\* productrices de carbapénèmases

En Ville

Votre région : 0,073%

↗ 2023 : 0,058%



En EHPAD

Votre région : 0,083%

↗ 2023 : 0,049%



🎯 Cible de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance

🇫🇷 Données de la France entière en 2024

\* Entérobactéries = *E. coli* + *K. pneumoniae* + *E. cloacae*

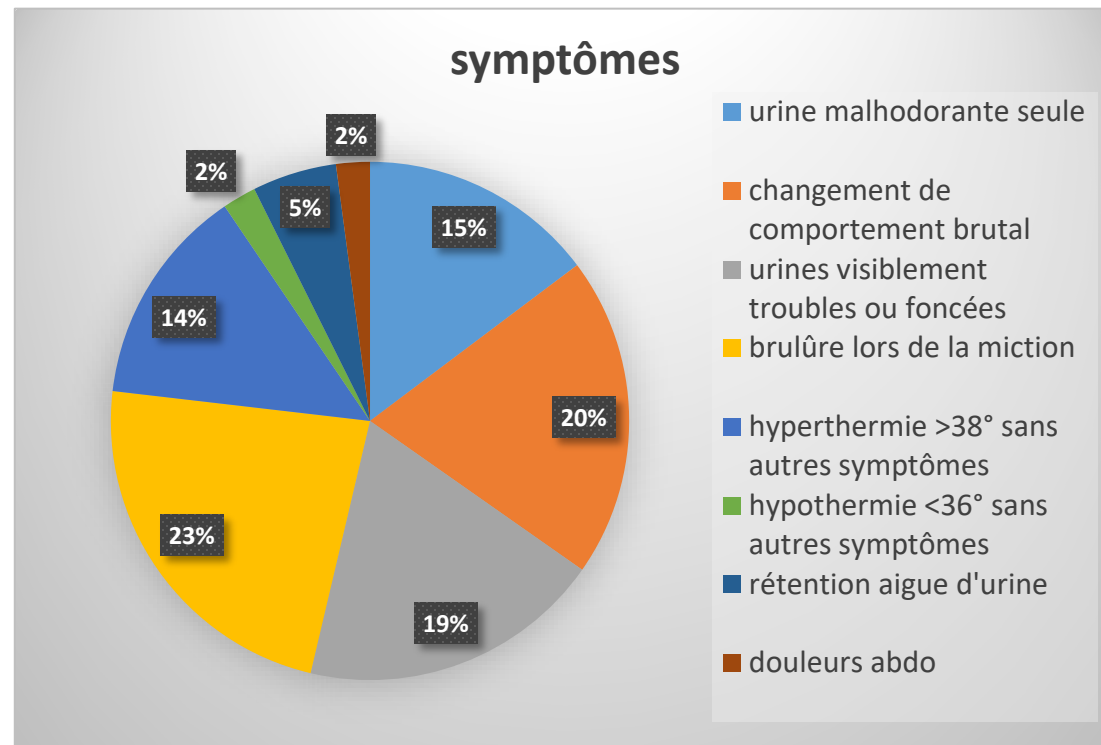
# A l'échelle d'un département (65)

- **Etude princeps:** Mémoire DUCAI Dr Stéphanie Guyomard et Dr Adrien Traissac  
« Infection urinaire de la personne âgée en EHPAD : étude observationnelle rétrospective au sein des EHPAD hospitalier des Hautes Pyrénées »
  - Année 2023 début 2024
  - 4 EHPAD pour 578 résidents
  - 425 résultats d'ECBU pour 275 patients (majoritairement des femmes 71,7%)
    - **30% des ECBU prélevés en EHPAD semblaient injustifiés** soit en raison de l'absence de renseignements cliniques soit les renseignements spécifiés ne correspondaient pas aux critères attendus (bilan général, asymptomatique, urines malodorantes, pertes vaginales...)
    - **22% des ECBU retrouvaient une contamination** (avec leucocyturie dans 6% des cas)

- **Objectifs du mémoire:** Comprendre les pratiques soignantes sur la réalisation des ECBU et questionner leurs besoins de formations
- 3 EHPAD avec 23 réponses (10 IDE et 13 AS)

### Résultats interpellant concernant les pratiques :

- BU faites systématiquement avant chaque ECBU dans 34,8% des cas et 26% les réalisent souvent
- Aspect visuel des urines 19%
- Odeur des urines 15%



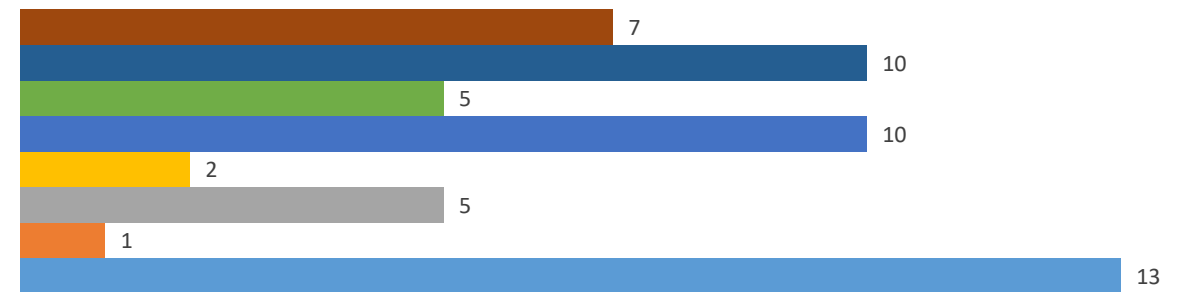
## Concernant les besoins de formation

- Souhait de formation: 54,5% oui / 45,5% non (justification principale: module sur le sujet pendant formation initiale)
- Freins à la formation: manque de temps 60%, revenir sur le temps de repos 45%

### Modalités de formation :

- 66,7% temps dédié avec un formateur
- 55,6% support à regarder sur son temps de travail
- 16,7% support à regarder chez soi

Support de formation



■ affiche format poche

■ affiche dans le service

■ webinaire

■ formation en ligne sur mail du service

■ livret explicatif

■ vidéo

■ formation en ligne sur mail perso

■ Quizz

# Diagnostic : prélèvements microbiologiques en EHPAD : pas de BU

- Seul examen recommandé : **ECBU**
- **Plus de BU en EHPAD**
- Résultats perturbés par contamination, sonde, pH urinaire, traitement diurétique, présence de sucre ou protéines dans les urines...

## Généralités :

Chez l'homme: Bonne valeur prédictive positive de la BU

- BU positive en faveur d'une IU
- BU négative ne permet pas d'éliminer une IU

Chez la femme: Bonne valeur prédictive négative

- BU négative = rechercher un autre diagnostic



ECBU avant toute prise d'antibiotique

# TU T'ES VU SANS B.U ?

**STOP À LA BANDELETTE URINAIRE EN EHPAD !**



# STOP

## POURQUOI ?

En EHPAD, il est fréquent que des bactéries soient présentes dans les urines sans symptôme : c'est la colonisation urinaire.

Une B.U positive ne signifie pas forcément infection urinaire et peut entraîner :

- un ECBU inutile
- une prescription d'antibiotique injustifiée

PLUS D'INFORMATIONS SUR [PAPRICA-PRIMO.FR](http://PAPRICA-PRIMO.FR)

# TU T'ES VU SANS B.U ?

La **colonisation urinaire** (\*) concerne jusqu'à 1 résident sur 2 en EHPAD

(\*) présence d'une bactérie dans les urines mais sans signe clinique d'infection

Perçue comme facile et sans risque, la bandelette urinaire (B.U) est réalisée dans des situations où elle n'est **pas indiquée** :

- urines troubles / malodorantes
- bilan systématique devant des signes généraux isolés (confusion, chute, fièvre...)

Le risque de **FAUX POSITIFS** est très important

Une B.U positive ne signifie pas infection urinaire

Que dit la littérature ? [1-5]

- La B.U a une spécificité inférieure à 50%. Autrement dit, la B.U est faussement positive chez un résident sur deux.
- Les experts et de nombreux acteurs de terrain se positionnent contre l'utilisation de la B.U en EHPAD, sauf s'il existe des signes fonctionnels urinaires francs.
- La diminution voire l'arrêt des B.U en EHPAD permet de diminuer les prescriptions d'antibiotiques sans augmenter les hospitalisations pour infection urinaire.

Pour toutes ces raisons, il est proposé de **NE PAS UTILISER la B.U en EHPAD**



**STOP**



L'arrêt des B.U ne doit pas être compensé par une prescription systématique d'ECBU !

Devant des signes aspécifiques (chute, confusion, fièvre isolée...) l'infection urinaire est un diagnostic d'élimination

Plus d'information  
sur [paprica-primo.fr](http://paprica-primo.fr)

# Méfions-nous des ECBU

## Bactériurie asymptomatique :

- Fréquente, notamment chez les résidents en EHPAD (50-80 %), mais ne nécessite pas de traitement antibiotique.
- Exceptions : Seules les femmes enceintes et les patients avant chirurgie urologique doivent être traités en cas de bactériurie asymptomatique.

## Prescription d'ECBU :

- Ne doit être réalisée qu'en cas de symptômes évocateurs d'infection urinaire (fièvre, douleurs, brûlures mictionnelles).

## Message clé :

- Sensibiliser les équipes médico-sociales pour une utilisation raisonnée des ECBU et des antibiotiques.



## EST-CE BIEN UTILE ?

Un ECBU positif ne suffit pas au diagnostic d'infection urinaire

Ne prescrivez un ECBU que si vous suspectez une infection

# Méfions-nous des ECBU

## Bactériurie asymptomatique :

- colonisation urinaire fréquente, notamment chez les résidents en EHPAD (50-80 %), chez les sondés ( ~ 100%)
- Exceptions : Seules les femmes enceintes et les patients avant chirurgie urologique doivent être traités en cas de bactériurie asymptomatique.

## Prescription d'ECBU :

- Ne doit être réalisée qu'en cas de symptômes évocateurs d'infection urinaire (fièvre, douleurs, brûlures mictionnelles).

## Message clé :

- Sensibiliser les équipes médico-sociales pour une utilisation raisonnée des ECBU et des antibiotiques.



# Méfic

## Bactériurie asymptomatique

- colonisation urinaire fréquente chez les résidents en EHPAD (50-80%)
- Exceptions : Seules les femmes avant chirurgie urologique et la bactériurie asymptomatique

## Prescription d'ECBU :

- Ne doit être réalisée qu'en cas de suspicion d'infection urinaire (fièvre, douleurs, etc.)

## Message clé :

- Sensibiliser les équipes médicales à la prescription raisonnée des ECBU et des

## INFECTION URINAIRE ?

### Pas de bandelette urinaire en EHPAD

L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des signes d'infection

# 1

#### Je cherche des signes d'infection urinaire

- Urine fréquemment (pollakiurie)
- Sang dans les urines (hématurie)
- Apparition récente de difficultés à uriner (dysurie)
- Brûlures urinaires
- Apparition récente / aggravation d'une incontinence
- Douleurs récentes (abdominales, lombaires, ou pelviennes)

# 2

#### Je cherche des signes généraux d'apparition récente

- Fièvre/ hypothermie
- Apparition / aggravation de troubles du comportement, ralentissement intellectuel, confusion...
- Chute inhabituelle, somnolence
- Perte d'appétit (anorexie)
- Apparition / aggravation d'une dépendance
- Décompensation d'une comorbidité

# 3

#### Et si c'était un autre diagnostic ?

- Apparition/aggravation de signes d'infection cutanée (plaie purulente, abcès, grosse jambe rouge douloureuse ...)
- Apparition / aggravation de signes d'infection ORL (mal de gorge, rhinite, pharyngite, douleurs dentaires ...)
- Apparition / aggravation de signes respiratoires (toux récente ou habituelle aggravée, fausse route dans les 48h, crachats, sifflements respiratoires, essoufflement ...)

Si vous avez coché au moins une case un avis médical est nécessaire

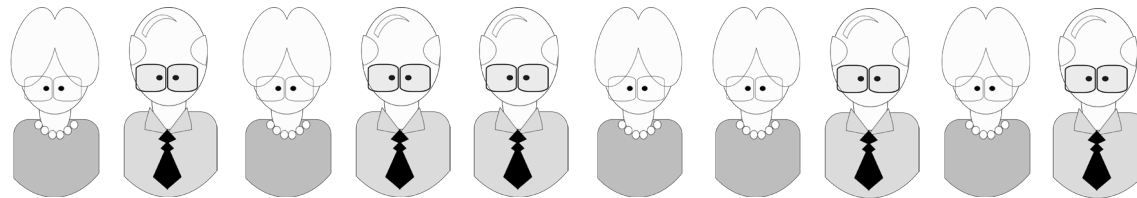
« Si les urines sentent mauvais, faut-il toujours prescrire un ECBU ? »



Des odeurs (et/ou troubles) isolés ne justifient pas de prescrire un ECBU

# La colonisation urinaire en EHPAD : c'est fréquent ?

1 résident sur 2 !



Souvent non pathogène



**SOURCE D'ERREUR !**

# Quand faire un prélèvement urinaire ?

Urines foncées / malodorantes



Evaluer

Hydrater

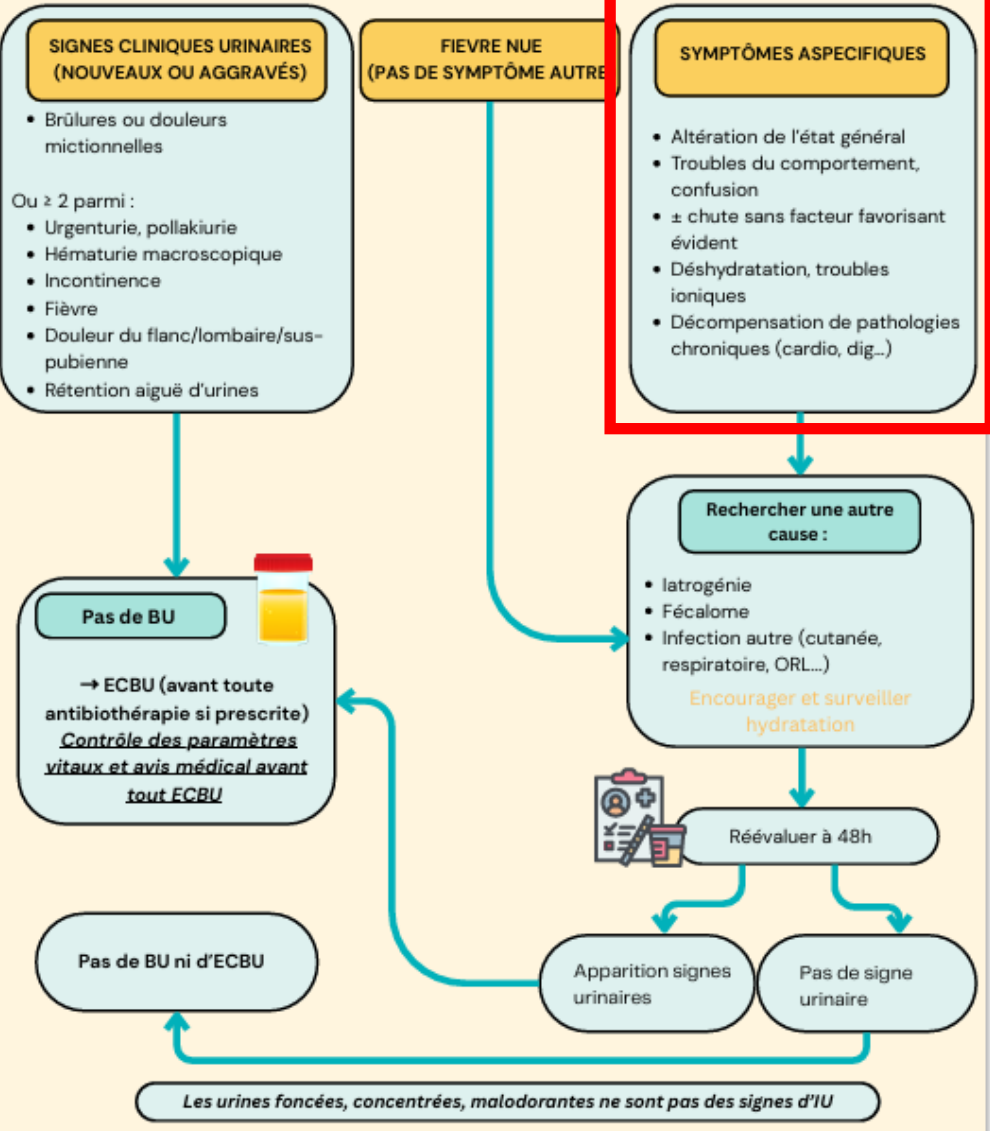
Surveiller

Réévaluer



## SUSPICION D'IU CHEZ PATIENT NON SONDE

Près de 50% de colonisation en EHPAD = ECBU quand il faut



## Guide Prélèvements microbiologiques en EHPAD



# Modalités réalisation ECBU

## Important :

- Plus besoin d'une désinfection des muqueuses pour les patients continents -> toilette eau seule
- Importance de l'évacuation du premier jet ++
- Étui pénien : pas plus de 30 min de pose

EMAAS 01/2026  
IDE-EMA@ch-tarbes-lourdes.fr

## ECBU

modalité de prélèvement

### PATIENT CONTINENT

Si possible : première urines du matin ou  $\geq 4$ h après miction précédente, Toilette avec lingette humide ou gant (« douche ») sans antiseptique ni savon.

Recueil du 2<sup>e</sup> jet (élimination du 1<sup>er</sup> jet souillé par la flore uro-génitale)

### PATIENT INCONTINENT

- Femme : après prescription/confirmation par le médecin → désinfection des muqueuses et sondage aller-retour
- Homme : désinfection des muqueuses, pose étui pénien et poche stériles, urines à recueillir dans les 30 minutes

### PATIENT SONDÉ

- E.C.B.U. et changement 24h après début de l'antibiothérapie.

1. Clamper la tubulure du collecteur d'urines en dessous du site de prélèvement pour permettre le recueil d'urines fraîches
2. Attendre 30 min
3. Désinfecter le site de prélèvement avec un antiseptique alcoolique
4. Percuter le site avec l'aiguille ou l'adaptateur
5. Essuyer le site de prélèvement avec une compresse
6. Déclamper la tubulure du collecteur

Ne pas prélever sur le sac collecteur. Ne pas déconnecter la sonde du sac collecteur.

### DANS TOUS LES CAS

Percuter le tube boraté et homogénéiser les tubes par 8-10 retournements.

Remplir le bon de laboratoire (importance des renseignements cliniques)

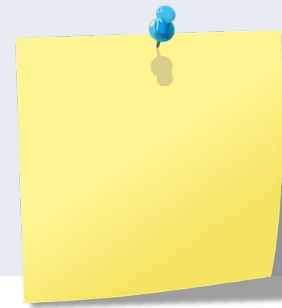
### ENVOI

Conservation avant envoi au labo:

hors tube boraté : 2 heures à températures ambiante ou 24h à 4°C

48h à T° ambiante dans tube boraté

# A retenir...



Avoir une bactérie dans les urines ce n'est pas forcément grave

La colonisation n'est pas synonyme d'infection :  
pas d'antibiotique, au contraire !

Pas de risque à patienter chez un résident qui va bien

# Actualités nationales

- Recommandations de la société française d'urologie 2026
- Publication prochaine des recommandations SPILF des IUM 2026
- Recommandation sous cutané. Publiées.

# ECBU pré-opératoire : reco AFU 2026

INDICATION DE L'ECBU AVANT UNE PRISE EN CHARGE UROLOGIQUE INTERVENTIONNELLE OU CHIRURGICALE

Acte interventionnel ou chirurgical	Indication d'un ECBU préopératoire [Référence] (niveau de preuve) / grade de la recommandation
<b>ECBU indiqué</b>	
Résection transurétrale de prostate (RTUP)	Oui : [ElMalik et al. 2000] (NP2) / Grade B
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : énucléation (laser holmium [HoLEP], laser thulium [ThuLEP], laser greenlight [GreenLEP], bipolaire [BIPOLEP])	Oui / Grade AE
Résection transurétrale de la vessie (RTUV)	Oui : [Kohada et al. 2019] (NP4) [Kutchukian et al. 2024] (NP3) / Grade C
Cure de jonction pyélo-urétérale	Oui comme JJ -> cf. recommandations du CIAFU [Bey et al. 2021]
Uréthroplastie	Oui : [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Urétéroplastie	Oui / Grade AE
Urétéroscopie diagnostique et/ou thérapeutique	Oui : [Martov et al. 2015] (NP2) [Sohn et al. 2013] (NP4) / Grade B -> Cf. recommandations du CLAFU [Raynal et al. 2023]
Uréthrotomie	Oui : [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Montée ou changement de sonde de néphrostomie, mono J ou JJ	Oui : cf. Reco AFU 2021
Néphrolithotomie percutanée	Oui / Grade A, et si possible urine pyélique : [Yang et al. 2022] (NP4) [Amier et al. 2022] (NP4) / Grade C -> cf. recommandations du CLAFU [Abid et al. 2023]
Bilan urodynamique	Oui / Accord fort d'après [Egrot et al. 2018]
<b>ECBU non indiqué</b>	
Prostatectomie totale	Non : [Bourgi et al. 2025b] (NP4) / Grade C
Adénomectomie chirurgicale	Non / Grade AE
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : pose d'implant intraprostatique (UROLIFT) et embolisation des artères prostatiques	Non / Grade AE
Biopsie de la prostate par voie trans-périnéale	Non -> cf. recommandations du CCAFU [Ploussard et al. 2022]
Biopsie de prostate par voie transrectale	Non -> cf. recommandations du CIAFU [Bruyere et al. 2021]
Cystectomie sus-trigonale partielle ou totale, quel que soit le mode de dérivation	Non : [Haider et al. 2019] [Kyoda et al. 2010] (NP4) / Grade C
Cystoscopie	Non : [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2015] [Herr 2016] (NP3 -> NP2 car plusieurs études concordantes) / Grade B
Cure d'incontinence urinaire : implantation d'un sphincter urinaire artificiel	Non : [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Instillations thérapeutiques endovésicales (BCG, chimiothérapie anticancéreuse, acide hyaluronique, chondroïtine sulfate, ...)	Non : [Bourgi et al. 2025a] (NP4) [Herr 2012a] [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2016] [Herr 2020] (NP2) / Grade B
Neuromodulation des racines sacrées	Non / Grade AE
Néphrectomie partielle, totale	Non : [Bruyere et al. 2025] (NP3) [Ayoub et al. 2024] (NP4) / Grade C
Surrénalectomie	Non / Grade AE
Embolisation des artères rénales	Non / Grade AE
Biopsie rénale ou thermoablation de tumeur rénale	Non / Grade AE
Pose ou changement de cathéter de dialyse intrapéritonéale	Non / Grade AE
Uréthrocystographie rétrograde	Non / Grade AE
Pose d'implant pénien	Non : [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Pose de prothèse testiculaire	Non / Grade AE
Chirurgie scrotale ou du pénis sans prothèse	Non / Grade AE
Injection de toxine botulinique A	Non / Grade AE
Pose, ablation ou changement de sonde vésicale, cathéter suspubien	Non / Grade AE
Radiothérapie, curi-thérapie	Non / Grade AE
Pose de fiduciaires dans la prostate	Non / Grade AE
<b>Le groupe de travail ne se prononce pas</b>	
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : thermothérapie à la vapeur d'eau	Pas de consensus
Ultrasons focalisés (HIFU)	Pas de consensus
Cure de prolapsus chez la femme ou Cure d'incontinence urinaire - chez la femme et chez l'homme	Pas de consensus
Injection de macropastique	Pas de consensus
Transplantation rénale	Pas de consensus
Lithotripsie extra-corporelle	Pas de consensus





Accéder aux recommandations du Comité >

Accueil > Publications > Travaux des comités > Infectiologie

## INFECTIOLOGIE

### Recommandation de bonne pratique « Place de l'ECBU avant une prise en charge urologique chirurgicale ou interventionnelle chez l'adulte et modalités de traitement en cas de colonisation » \_ Janvier 2026

Le groupe de travail associe des experts de l'Association Française d'Urologie notamment des membres du CIAFU et des experts de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) ainsi que des représentants d'autres partenaires notamment l'AFUF, la SF2H, la SFM, la SFAR, Renaloo et Le Lien.

- [Note de cadrage – octobre 2024](#) 
- [Synthèse \(texte court\) – janvier 2026](#) 
- [Argumentaire \(texte intégral\) – janvier 2026](#) 
- [Tableau de synthèse « indications de l'ECBU » – janvier 2026](#) 
- Article « French Journal of Urology » (A venir)
- Autres articles par question thématique (A venir)

# ECBU pré-opératoire : reco AFU 2026

## INDICATION DE L'ECBU AYANT UNE PRISE EN CHARGE UROLOGIQUE INTERVENTIONNELLE OU CHIRURGICALE

Acte interventionnel ou chirurgical	Indication d'un ECBU préopératoire [Référence] (niveau de preuve) / grade de la recommandation
<b>ECBU indiqué</b>	
Réssection transurétrale de prostate (RTUP)	Oui : [ElMalik et al. 2000] (NP2) / Grade B
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : énucléation (laser holmium [HoLEP], laser thulium [ThuLEP], laser greenlight [GreenLEP], bipolaire [BIPOLEP])	Oui / Grade AE
Réssection transurétrale de la vessie (RTUV)	Oui : [Kohada et al. 2019] (NP4) [Kutchukian et al. 2024] (NP3) / Grade C
Cure de jonction pyélo-urétérale	Oui comme JJ → cf. recommandations du CLAFU [Bey et al. 2021]
Uréthroplastie	Oui : [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Urétéroplastie	Oui / Grade AE
Urétéroscopie diagnostique et/ou thérapeutique	Oui : [Martov et al. 2015] (NP2) [Sohn et al. 2013] (NP4) / Grade B → Cf. recommandations du CLAFU [Raynal et al. 2023]
Uréthrotomie	Oui : [Noble et al. 2022] (NP4) / Grade C
Montée ou changement de sonde de néphrostomie, mono J ou JJ	Oui : cf. Reco AFU 2021
Néphrolithotomie percutanée	Oui / Grade A, et si possible urine pyélique : [Yang et al. 2022] (NP4) [Amier et al. 2022] (NP4) / Grade C → cf. recommandations du CLAFU [Abid et al. 2023]

# ECBU pré-opératoire : reco AFU 2026

ECBU non indiqué	
Prostatectomie totale	Non : [Bourgi et al. 2025b] (NP4) / Grade C
Adénomectomie chirurgicale	Non / Grade AE
Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate par d'autres techniques : pose d'implant intraprostatique (UROLIFT) et embolisation des artères prostatiques	Non / Grade AE
Biopsie de la prostate par voie trans-périnéale	Non -> cf. recommandations du CCAFU [Ploussard et al. 2022]
Biopsie de prostate par voie transrectale	Non -> cf. recommandations du CIAFU [Bruyere et al. 2021]
Cystectomie sustrigonale partielle ou totale, quel que soit le mode de dérivation	Non : [Haider et al. 2019] [Kyoda et al. 2010] (NP4) / Grade C
Cystoscopie	Non : [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2015] [Herr 2016] (NP3 -> NP2 car plusieurs études concordantes) / Grade B
Cure d'incontinence urinaire : implantation d'un sphincter urinaire artificiel	Non : [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Instillations thérapeutiques endovésicales (BCG, chimiothérapie anticancéreuse, acide hyaluronique, chondroïtine sulfate, ...)	Non : [Bourgi et al. 2025a] (NP4) [Herr 2012a] [Herr 2012b] [Herr 2013] [Herr 2016] [Herr 2020] (NP2) / Grade B
Neuromodulation des racines sacrées	Non / Grade AE
Néphrectomie partielle, totale	Non : [Bruyere et al. 2025] (NP3) [Ayoub et al. 2024] (NP4) / Grade C
Surrénalectomie	Non / Grade AE
Embolisation des artères rénales	Non / Grade AE
Biopsie rénale ou thermoablation de tumeur rénale	Non / Grade AE
Pose ou changement de cathéter de dialyse intrapéritonéale	Non / Grade AE
Uréthrocystographie rétrograde	Non / Grade AE
Pose d'implant pénien	Non : [Kavoussi et al. 2017] (NP4) / Grade C
Pose de prothèse testiculaire	Non / Grade AE
Chirurgie scrotale ou du pénis sans prothèse	Non / Grade AE
Injection de toxine botulinique A	Non / Grade AE
Pose, ablation ou changement de sonde vésicale, cathéter suspubien	Non / Grade AE
Radiothérapie, curiethérapie	Non / Grade AE
Pose de fiduciaires dans la prostate	Non / Grade AE



# Infections urinaires masculines

*Recommandations SPILF 2026*

**Dr Matthieu Lafaurie**  
**Maladies infectieuses**  
**Hôpital Saint-Louis**  
**Paris**

10/03/2026

Rencontre des Equipes  
Multidisciplinaires en Antibiothérapie

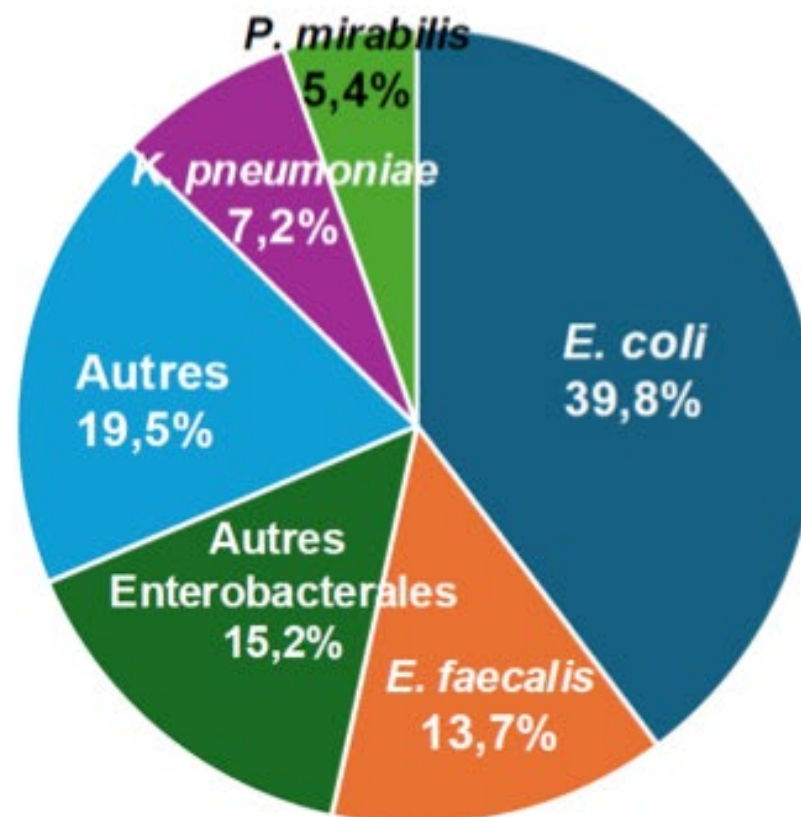
**CRAtb**  
Occitanie  
Centre Régional en  
Antibiothérapie

- **La cystite aigue chez l'homme existe**
- **Le diagnostic de cystite bactérienne chez l'homme repose sur:**
  - **Présence de signes cliniques locaux d'apparition aigüe: brûlures urétrales per-mictionnelles, pollakiurie, urgenturie, dysurie, nycturie, douleur de l'hypogastre**
  - **Association possible à ces signes d'une hématurie macroscopique**
  - **Et absence de fièvre**
  - **ET ECBU positif.**
- **L'ECBU est le seul examen complémentaire recommandé**

- **Traitement probabiliste de la cystite aigue:**  
par ordre alphabétique: **fosfomycine-trométamol, nitrofurantoïne, pivmécillinam**
- En cas de **bonne tolérance** des signes de cystite ou de diagnostic douteux, il est recommandé de **ne pas prescrire d'antibiothérapie probabiliste.**
- **Traitement documenté de la cystite aigue:**
  - **L'antibiotique débuté en probabiliste doit être poursuivi si l'uropathogène y est sensible (y compris en cas d'EB-BLSE) et que la tolérance est bonne.**
  - **Sinon, par ordre alphabétique: Amoxicilline, fosfomycine-trométamol, nitrofurantoïne, pivmécillinam, triméthoprime**
- **Durée: 7 jours** (sauf FT J1-J3-J5)

## Recommandations SPILF 2026, microbiologie

**Bactéries  
responsables d'IUM  
en France**



- La plupart des antibiotiques recommandés pour le traitement des cystites masculines n'ont **pas d'AMM** pour cette indication.
- Cela implique que l'Assurance Maladie ne les remboursera pas toujours, même si leur intérêt dans cette indication n'est pas remis en cause, et le coût de traitement est minime.
- Il est dès lors indispensable d'en **informer les patients** en cas de prescription et de faire apparaître la mention « hors AMM, mais prescription selon les recommandations nationales » sur l'ordonnance.

- **Critères d'adressage du patient à un service d'urgence**
  - **Risque d'évolution vers un sepsis ou choc septiques (au moins 3 critères parmi âge > 65 ans, température > 38°C, PAS ≤ 110 mmHg, FC > 110/min, SaO2 ≤ 95%, troubles récents des fonctions supérieures)**
  - **Obstruction urinaire suspectée ou confirmée**
    - A suspecter particulièrement si: antécédent d'uropathie (congénitale ou acquise), antécédent de maladie lithiasique urinaire, douleur intense et/ou persistante malgré la prise d'antalgiques usuels;
  - **Autres critères à prendre en compte**
    - Prise orale impossible avec risque de non-observance et de déshydratation (troubles de la déglutition, nausées, vomissements, confusion, agitation, contexte social, isolement)
    - Déclin fonctionnel induit par l'infection ne permettant pas le maintien à domicile
    - Décompensation de comorbidité nécessitant une hospitalisation (diabète déséquilibré, insuffisance rénale aiguë, déshydratation, décompensation cardiaque...)
    - Douleur non contrôlée

- **Antibiothérapie probabiliste des prostatites aiguës et des pyélonéphrites aiguës chez l'homme:**
    - **Absence de sepsis ou choc septique:**
      - En cas de traitement initié en ambulatoire: **ceftriaxone IV, IM ou SC ou lévofloxacine ou ciprofloxacine PO** (si pas de prise de FQ dans les 6 mois et prise orale possible)
      - Traitement hospitalier: **ceftriaxone ou céfotaxime**
    - **Sepsis: céfotaxime ou ceftriaxone + amikacine 1 dose**
    - **Choc septique:**
      - Pas de facteurs de risque d'infection à Enterobacterales résistantes aux céphalosporines de 3ème génération (C3G) \* : céfotaxime ou ceftriaxone et amikacine 1 dose unique
      - Au moins 1 facteur de risque d'infection à Enterobacterales résistantes aux C3G\*: **imipénème ou méropénème et amikacine 1 dose unique**
- \*- Patient vivant dans un EHPAD
- Infection et/ou colonisation à Enterobacterales résistant aux C3G dans les 3 derniers mois
  - Voyage à l'étranger dans les 3 derniers mois
  - Prise de fluoroquinolones, amoxicilline-acide clavulanique ou C3G dans les 3 derniers mois

- **Antibiothérapie orale de relais des prostatites aiguës**
  - **Entérobactéries: Par ordre préférentiel : SXT, FQ (ciprofloxacine ou lévofloxacine ou ofloxacine).**
    - Si résistance ou contre-indication à SXT et FQ et **après retour à l'apyrexie sous antibiothérapie parentérale** : Par ordre préférentiel : fosfomycine-trométamol, amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique.
  - **Entérocoques AMX S: Amoxicilline 1gx3/j**
- **Durée totale d'antibiothérapie**
  - **14 jours**



# Infections Urinaires

## Les points clés

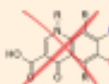


### STOP aux fausses bonnes idées !



**Patient asymptomatique ?**  
PAS de prélèvement, PAS d'antibiotique

**Urines troubles ou qui "puent" ?**  
PAS de BU, PAS d'ECBU



**Dans la cystite, des quinolones en proba ?**  
Surtout PAS !

- PAS d'ECBU de contrôle après traitement



### Good news !



**Egalité des genres :**

→ Cystite et Pyélonéphrite chez l'homme !

**La réévaluation du traitement ? C'est obligatoire !**

→ Dès réception de l'antibiogramme,  
adaptation du traitement



**Traitements plus courts**

→ On se met à la page des nouvelles recos !

♀	Probabiliste	Antibiothérapie adaptée / différée
Cystite simple	Fosfomycine : monodose Pivmecillinam : 3j	
Cystite à risque de complications	Nitrofurantoïne (sauf si DFG < 40ml/min) Fosfomycine : J1 - J3 - J5	1 <sup>re</sup> - Amoxicilline : 7j 2 <sup>ème</sup> - Pivmecillinam : 7j 3 <sup>ème</sup> - Nitrofurantoïne : 7j 4 <sup>ème</sup> - Fosfomycine : J1 - J3 - J5 5 <sup>ème</sup> - Triméthoprime : 5j
Pyélonéphrite	Ceftriaxone ou Cefotaxime (pas de C3G orale) Ciprofloxacine ou Levoflo (sauf si prise 6 mois avant)	Amoxicilline : 10j Sulfaméthoxazole/Triméthoprime : 10j Amoxicilline/acide clavulanique : 10j Ciprofloxacine ou lévofloxacine : 7j Céfixime : 10j

Extension des compétences des pharmaciens  
Pour une IU simple, les patients peuvent consulter leur pharmacien

♂	Probabiliste	Antibiothérapie adaptée / différée
Cystite à risque de complications	Fosfomycine : J1 - J3 - J5 Furadantine (sauf si DFG < 40ml/min) Pivmecillinam	Fosfomycine : J1 - J3 - J5 Furadantine : 7j (sauf si DFG < 40ml/min) Pivmecillinam : 7j Triméthoprime : 7j Amoxicilline : 7j Sulfaméthoxazole/Triméthoprime : 7j Amoxicilline/acide clav : 7j
Pyélonéphrite	Ceftriaxone ou Cefotaxime (pas de C3G orale) Levoflo, ciproflo ou ofloxacine (sauf si prise 6 mois avant)	Amoxicilline : 10j Sulfaméthoxazole/Triméthoprime : 7j Amoxicilline/acide clavulanique : 10j Levoflo, ciproflo ou ofloxacine : 7j Céfixime : 10j
Prostatite	Ceftriaxone ou Cefotaxime (pas de C3G orale) Levoflo, ciproflo ou ofloxacine	Sulfaméthoxazole/Triméthoprime : 14j Levoflo, ciproflo ou ofloxacine : 14j



**Ni test inutile, ni traitement abusif : des signes cliniques d'abord, des recommandations toujours**

Pour aller plus loin...



Recommandations chez l'adulte  
SPILF

IU masculines aigues communautaires  
Prise en charge des IU communautaires



Recommandations femmes  
HAS

Antibiothérapie IU de la femme



Recommandations EHPAD  
CRAtb Occitanie

Plaquette Antibiothérapie  
Prélèvement microbio



Recommandations  
CRAtb PDL

Mémo durées antibiothérapies

# Antibiogramme ciblé (Dans certains établissements)

## • Objectifs :

- Lutter contre l'expansion de l'antibiorésistance par la juste prescription d'antibiotiques
- Limiter la prescription des antibiotiques dits « critiques »
- Favoriser la prescription d'antibiotiques à spectre étroit (ne rendre que les ATB utilisables et actifs)
- Favoriser la réévaluation de l'antibiothérapie à 24-48H
- Orienter les prescriptions vers les recommandations nationales en vigueur

# L'antibiogramme ciblé en 4 points

## 1 Le contexte



2ème pays Européen le + consommateur d'antibiotiques

+ 4,8% en 2025 en prescriptions/1000 habitants/an

+ 0.5% d'E. coli urinaires résistants aux C3G en 2024

Les personnes de + de 65 ans sont trop exposées aux antibiotiques

Les fluoroquinolones et les C3G ne sont pas indiqués dans les cystites.

## 2 Les objectifs

- Sensibiliser les cliniciens au bon usage des antibiotiques et au risque d'antibiorésistance
- Favoriser la prescription des antibiotiques les plus adaptés, à spectre étroit et/ou à faible risque de sélection de résistances
- Favoriser les prescriptions conformément aux recommandations

## 3 Le périmètre

- Femmes et jeunes filles de plus de 12 ans
- Suspicion de cystite ou de pyélonéphrite
- ECBU\* positif à entérobactérie
- L'indication du diagnostic précis sur l'ordonnance (cystite ou pyélonéphrite) est un élément majeur pour la qualité du ciblage pour rendre les molécules adaptées. Cet algorithme a été rédigé par le Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie.

\*L'ECBU n'est pas indiqué en première intention dans la cystite aiguë de la femme sauf si récidivante ou si facteur de risque de complication.

## 4 En pratique

1/Vous renseignez le diagnostic suspecté et le mode de recueil (ECBU, sonde).

2/Le biologiste rendra un antibiogramme ciblé si celui-ci est mis en place dans son laboratoire.


3/Vous prescrivez l'antibiotique selon la sensibilité du germe retrouvé. 

Si besoin, à votre demande, l'antibiogramme complet est accessible auprès de votre biologiste.

## Antibiogramme classique ➤ ➤ ➤ Antibiogramme ciblé ➤ ➤ ➤ Prescription adaptée

Antibiotiques	Sensibilité	CMI (mg/L)
Méclilnam	Sensible	<= 1
Témocilline	---SFP	<= 4
Amoxicilline	---Résistant	<= 4
Amoxicilline + aide clavulanique	---Résistant	16
Ticarcline	---Résistant	>= 128
Pipéracilline + Tazobactam	Sensible	<= 4
Céfoxitine	Sensible	<= 4
Céfexime	Sensible	<= 0,250
Ceftazidime	Sensible	<= 1
Ceftriaxone	Sensible	<= 1
Amikacine	Sensible	<= 2
Gentamicine	Sensible	<= 1
Acide nalidixique	Sensible	<= 2
Ofloxacine	Sensible	<= 0,250
Fosfomycine	Sensible	<= 16
Furanes	Sensible	<= 16
Triméthoprim + sulfamides	---Résistant	>= 320

Antibiotiques	Sensibilité	CMI (mg/L)
Méclilnam	Sensible	<= 1
Amoxicilline	---Résistant	<= 4
Amoxicilline + aide clavulanique	---Résistant	16
Fosfomycine	Sensible	<= 16
Furanes	Sensible	<= 16
Triméthoprim	---Résistant	> 8
Triméthoprim + sulfamides	---Résistant	>= 320



**ANTIBIOTIQUE CRITIQUE PRÉSERVÉ**

**Sources**

[1] HAS. 2023. Antibiogrammes ciblés pour les infections urinaires à Entérobactéries dans la population féminine adulte (à partir de 12 ans)

[2] Ministère des solidarités et de la Santé. Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

[3] Santé Publique France. Consommations antibiotiques en secteur de ville 2014-2024.

[4] Santé Publique France. Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en soins de ville et en établissements pour personnes âgées dépendantes. Mission Primo - synthèse des résultats 2024

[5] SFIE. Infections urinaires communautaires

26<sup>ème</sup> JNi 2025  
TOURS

et la région Centre - Val de Loire VINCI



Journées Nationales d'infectiologie

du mercredi 11 juin 2025 au vendredi 13 juin 2025

Journée Nationale de Formation  
des Paramédicaux en Infectiologie

Jeudi 12 juin 2025

# Antibiothérapie sous-cutanée

Recommandations de bonne pratique clinique  
SPILF/SFGG 2025

*Emmanuel Forestier, Gaëtan Gavazzi, Sylvain Diamantis,  
Sylvain Goutelle, Claire Roubaud-Baudron*



# RBP 2025

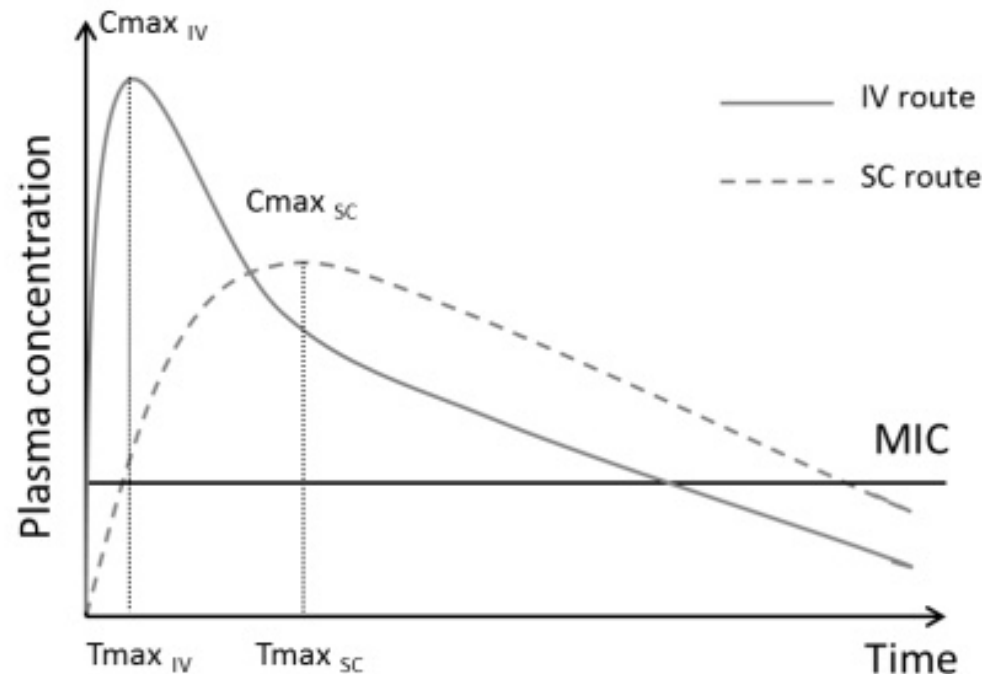
- ❖ **Modalités d'administration:**
  - Utiliser les sites habituels de perfusion SC pour administrer des antibiotiques par cette voie;
  - Utiliser les mêmes posologies et dilutions que celles utilisées pour les perfusions par voie IV;
  - Réaliser une perfusion SC de 30 à 60 minutes de la solution d'antibiotique à l'aide d'un cathéter SC souple.
- ❖ **Ne pas administrer un antibiotique en injection SC directe, sauf s'il est impossible de maintenir une perfusion, et que le rapport bénéfique/risque est jugé favorable.**

# Et l' OSCAT : Antibiothérapie sous-cutanée

- Hors AMM : en relais, jamais en urgences
- uniquement si on n'a pas le choix
- Des données solides : ceftriaxone, ertapénème, teicoplanine
- **Perfusion prolongées de 30 min dans 50 ou 100ml NaCl**

Aplatissement  
du Pic  
augmentation  
du délai pour  
obtenir la C max

Pas en urgences  
Ok en relais



# RBP 2025

- ❖ Informer le patient ou son responsable légal en cas d'usage de perfusion SC d'antibiotique. Son accord doit être obtenu et tracé dans le dossier.
- ❖ Informer de cette prescription le pharmacien qui va délivrer le médicament, ainsi que l'IDE qui va réaliser l'injection.
- ❖ Faire figurer la mention "Prescription hors AMM" en toutes lettres sur l'ordonnance en cas de prescription d'un antibiotique par voie SC en médecine ambulatoire.
- ❖ En établissement de santé, mettre en place un protocole institutionnel validé par le référent infectieux et le pharmacien.

# Rôle des paramédicaux

- Dans le « non prélèvements » des ECBU
- Dans « les réévaluations » des traitements probabilistes
- Dans « la surveillance de la tolérance » des ATB
- Dans « la surveillance des durées » d'antibiothérapie
- Dans l'absence de nouveau contrôle ECBU en post traitement

## CHECK-LIST INFIRMIER.E

### Réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h



Toute antibiothérapie doit être réévaluée à 48-72h pour adapter le traitement au diagnostic et, si réalisés, aux résultats des prélèvements.

Le rôle des professionnels paramédicaux est essentiel pour :

- Evaluer la tolérance et l'efficacité, notamment grâce aux constantes ;
- S'assurer de l'observance ;
- Ajuster la durée du traitement, voire le stopper s'il n'est plus nécessaire.

Cette fiche sert de base de communication avec le médecin et est à conserver dans le dossier patient.

Date de réévaluation :	IDE réalisant la réévaluation :	Identité du résident NOM / prénom :
Médecin contacté :		Age :      Poids :

### TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

- Nom :
- Dose :
- Voie d'administration :
- Date de début (J0) :
- Durée initiale prescrite :
- Indication initiale :

Résultats microbiologiques ? :

### OBSERVANCE ET TOLÉRANCE

- Y-a-t-il eu un ou plusieurs sauts de prise ?  Oui  Non
  - Si administration IV ou SC : complication locale ?  Oui  Non
  - Y-a-t-il eu des effets secondaires ?  Oui  Non
- Si au moins 1 oui coché, contacter le médecin*

### PRÉSENCE DE SIGNES POTENTIELS DE GRAVITÉ ?

*Si au moins un signe coché, selon le protocole d'urgence de l'EHPAD, contacter le médecin*

- T° > 38°
- PAS ≤ 100mmHg
- Altération de la conscience
- FC > 100/min
- FR ≥ 24/min
- Anurie ou diminution de la diurèse

### LES SYMPTÔMES SE SONT-ILS AMÉLIORÉS ?

- Amélioration
  - Stabilité
  - Aggravation
- Si stabilité ou aggravation, noter les symptômes et contacter le médecin*

Si aucun critère ne justifie de contacter le médecin, poursuite du traitement comme convenu initialement

### SI MÉDECIN CONTACTÉ, DÉCISION PRISE A L'ISSUE

- Poursuite traitement à l'identique
- Arrêt antibiotique
- Modification du traitement (molécule, dose, voie) :
- Hospitalisation
- Autre :

## Hydratation



1,5 litres/j soit  x7

- Repérer les résidents qui boivent peu ou oublient de boire
- Proposer des boissons à heures fixes / à intégrer dans les activités quotidiennes (atelier cuisine, goûter, animation)
- Proposer des boissons et des contenants variés (formes, couleurs, saveurs)
- Tracer les apports



- IDE
- AS

- Expliquer aux familles/résidents l'importance de l'hydratation et de la mobilité, les faire participer
- Transmettre les informations et les tracer dans le dossier
- Mettre en place un protocole favorisant l'hydratation et les mictions régulières
- Repérer et surveiller les situations à risque



### Astuce

Graduer le contenant avec des horaires



### Astuce

Identifier les moments où surviennent des incontinences pour proposer une miction juste avant

# Prévenons les infections urinaires

## Hygiène

- Toilette intime quotidienne
- Utiliser un savon doux, à pH neutre, des produits non parfumés et du linge propre
- Bien rincer et bien sécher après la toilette pour éviter la macération
- Vêtements en coton, non serrés, changés chaque jour et faciles à enlever
- Changer régulièrement les protections et immédiatement si elles sont souillées
- Essuyage d'avant en arrière

## Et les médicaments ?



**Estrogènes par voie locale** (crème, capsule) : y penser en cas de sécheresse vaginale



**Canneberge, D-mannose et probiotiques** : pas de preuve d'efficacité chez le sujet âgé (mais bonne tolérance)





**Antibioprophylaxie prolongée** : indications très restreintes, après concertation pluri-professionnelle, et devant être réévaluées régulièrement

## Élimination urinaire



≥ 5 mictions/j

- Encourager à uriner régulièrement et à heures fixes 
- Horaires clés : lever, après chaque repas, coucher 
- Si possible, éviter les protections (augmente le risque d'incontinence)
- Encourager la mobilité pour améliorer la vidange vésicale

## Alimentation

Alimentation équilibrée, riche en fibres (fruits et légumes)

## Sondage urinaire

- Limiter la pose et réévaluer régulièrement l'indication
- Respecter les règles d'asepsie, notamment pendant la vidange

# Au total : tous concernés ! tous informés

- Bien prévenir les IU
- Ne pas faire de BU
- Ne pas prélever d'ECBU en l'absence de plaintes cliniques sauf si prescription médicale
- Ne pas prescrire d'antibiothérapie probabiliste si bonne tolérance
- Attendre les résultats de l'antibiogramme
- Prescrire l'antibiotique adapté avec la durée correcte
- **Pas moins de 15 jours si prostatite**, les cystites chez l'homme existent
- Evaluer la tolérance
- Ne pas contrôler d'ECBU à la fin du traitement
- **Pas d'antibiophylaxie si pas de symptômes d'IU récidivante**

# PAPRICA / PRIMO ESMS

Disponible en replay

📅 19 février 2026 📍 PRIMO, RéPIA

**Lancement de PAPRICA et webinaire de présentation le 24 mars 2026**

**Webinaire le 24 mars à 14H00**

La mission nationale PRIMO met en ligne PAPRICA – le *Programme d'Accompagnement pour la PRévention des Infections et le Contrôle de l'Antibiorésistance en ESMS*.

**Un programme dédié aux structures d'appui des ESMS**

PAPRICA s'adresse aux acteurs accompagnant les établissements médico-sociaux :

**Volet Bon Usage des Antibiotiques (BUA)**

- 📍 Centres Régionaux en Antibiothérapie (CRAtb)
- 📍 Équipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie (EMA)
- 📍 Antibioréférents

**Volet Prévention et Contrôle des Infections (PCI)**

- 📍 Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias)
- 📍 Équipes Mobiles d'Hygiène (EMH)
- 📍 Équipes Opérationnelles en Hygiène (EOH)

Le site propose un accès clair à travers 5 rubriques, dont :

- Outils stratégiques
- Outils par organes
- Outils régionaux

Les modules **urinaires** et **respiratoires** sont déjà disponibles.  
De nouveaux modules viendront enrichir le programme en 2026.

Et si vous ajoutiez **une touche de**



# PAPRICA

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT POUR LA PRÉVENTION  
DES INFECTIONS ET LE CONTRÔLE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

**dans le bon usage des antibiotiques**  
**et la prévention des infections**  
**en EHPAD ?**

