



# Atelier BUA en EHPAD

EMA

12 octobre 2023

## EMA= Equipe multidisciplinaire en antibiothérapie

- Plusieurs professionnels
- Différentes spécialités: infectiologues, pharmaciens, microbiologistes, IDE...
- Tous travaillant autour du BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES (BUA)
- **Avec des missions locales de BUA au sein de leur établissement de santé,**

### Missions locales de L'IDE en TAI:

- Appui auprès des IDE dans les services
  - Education thérapeutique des patients
  - Participation aux enquêtes et audits
  - Participation aux congrès et réunions GRIF / RICAI / JNI
- **Et des missions territoriales:** en appui des référents en antibiothérapie des ES et des professionnels de santé de ville formés à l'antibiothérapie **de leur territoire**

Source : Cahier des charges des Equipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie (EMA) en Île-de-France 1 ère version du 19/10/22 CRAAtb-IdF

## Nouvelles missions territoriales :

*« Rayonner » en dehors de l'hôpital en prêtant appui dans la Ville auprès des EHPAD, cliniques privées, structures médico-sociales du territoire*

Lien avec **CPTS et praticiens de ville (avis infectieux connu et tracés)**

Prévention ATBR avec **structures médico-sociales du territoire**

Journées ATB « novembre » pour le **grand public**

Formation des soignants des EHPAD via le contact avec les IMH



# Etat des lieux des pratiques en atbthérapie dans les EHPAD

EMA- CHU Henri MONDOR

4



- Dans ce cadre: Construction d'un questionnaire d'évaluation des besoins des personnels des EHPAD sur le thème de l'antibiothérapie

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

EMA  
Equipe Multidisciplinaire en Antibiothérapie  
Henri Mondor

LES ANTI-BIOTIQUES : Questionnaire

Nom de l'établissement :  
Fonction du répondant :

1- Quels sont les antibiotiques les plus fréquemment prescrits et sous quelle forme ?

2- Quelles en sont les indications principales ?

3- Quelle est votre Pharmacie référente (Merci de préciser les coordonnées)

4- Quel est le prescripteur dans la mise en place d'antibiotiques ?

5- Existe-t-il des protocoles : (Merci de joindre les documents)

✓ De prescription des ATB ?  OUI  NON

✓ De réévaluation des ATB ?  OUI  NON

6- Vous appuyez vous sur ces documents ?  OUI  NON si oui lesquelles ?

✓ Sur d'autres recommandations ? si Oui lesquelles ?

7- Réévaluation des ATB en cours de traitement :

✓ Par qui ?  
✓ Selon quels critères ?

8- Quel outil d'aide à la prescription utilisez-vous ?

9- Connaissez-vous ANTIBIOLIC ?  OUI  NON  
✓ Utilisez-vous cette plateforme ?  OUI  NON

10- Quelles seraient vos attentes quant à un accompagnement autour des antibiotiques ?

EMA

5



## Les questions:

- **Principaux antibiotiques, indications et prescripteur**
- **Existence de protocoles locaux**
- **Réévaluation de l'antibiothérapie à 48h, par qui et sur quels critères**
- **Utilisation d'outil d'aide à la prescription, si oui, le ou lesquels**
- **Attentes vis-à-vis de notre intervention**

**EMA**

6



**EMA**



7

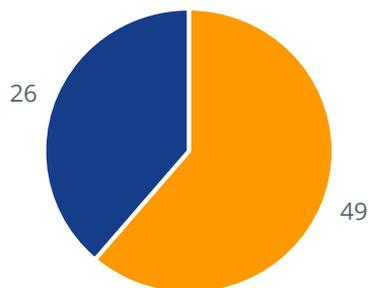
## Contexte:

- **5 IMH réparties en**
  - **3 IMH sur le 94**
  - **2 IMH sur le 91**
- **IMH 94: 26 ehpad**
- **IMH 91: 49 ehpad**
- **31 questionnaires récupérés sur 75 distribués**



## Répartition 91/94-participation

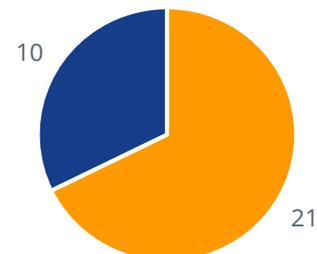
Nombre d'EHPAD



**40% des EHPAD interrogées ont répondu**

■ départ. 91 ■ départ. 94

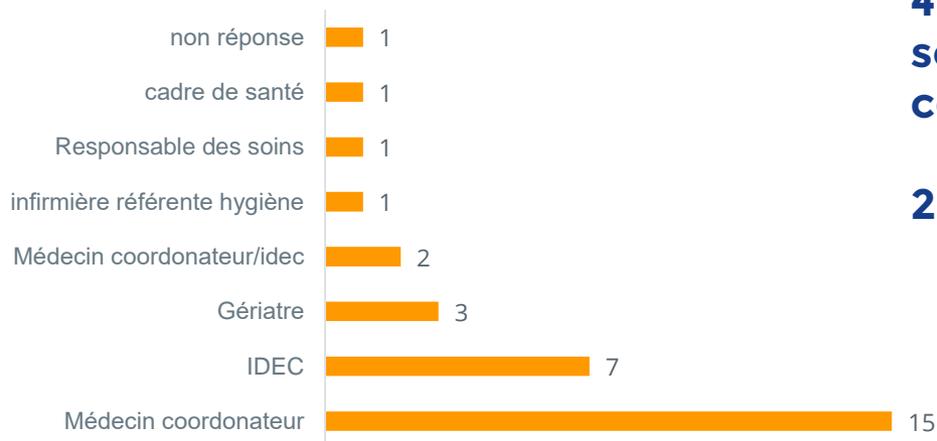
Nombre d'EHPAD ayant répondu au questionnaire



■ départ. 91 ■ départ. 94

**EMA**

Fonction du répondant (n=31)



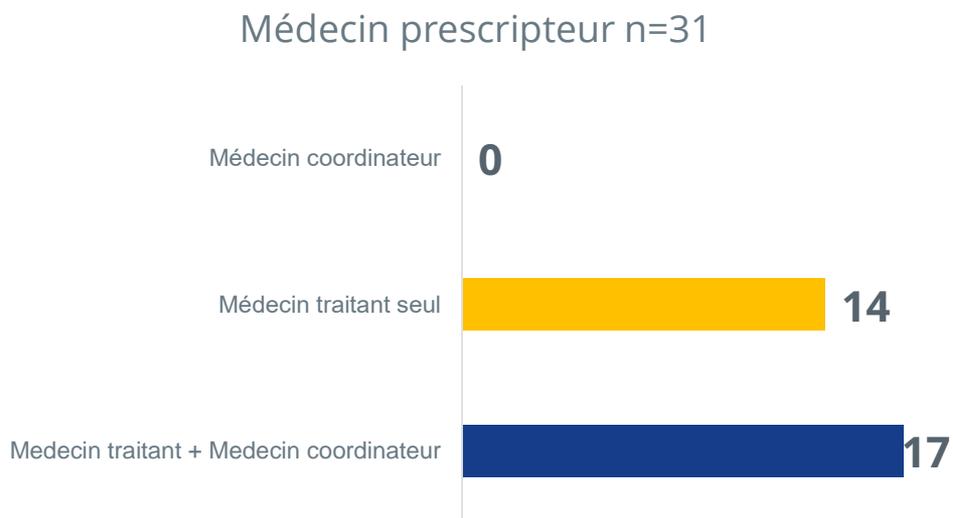
**48% des répondants sont des médecins coordonnateurs**

**23% des IDEC**

8



## Quel est le prescripteur dans la mise en place d'antibiotiques?

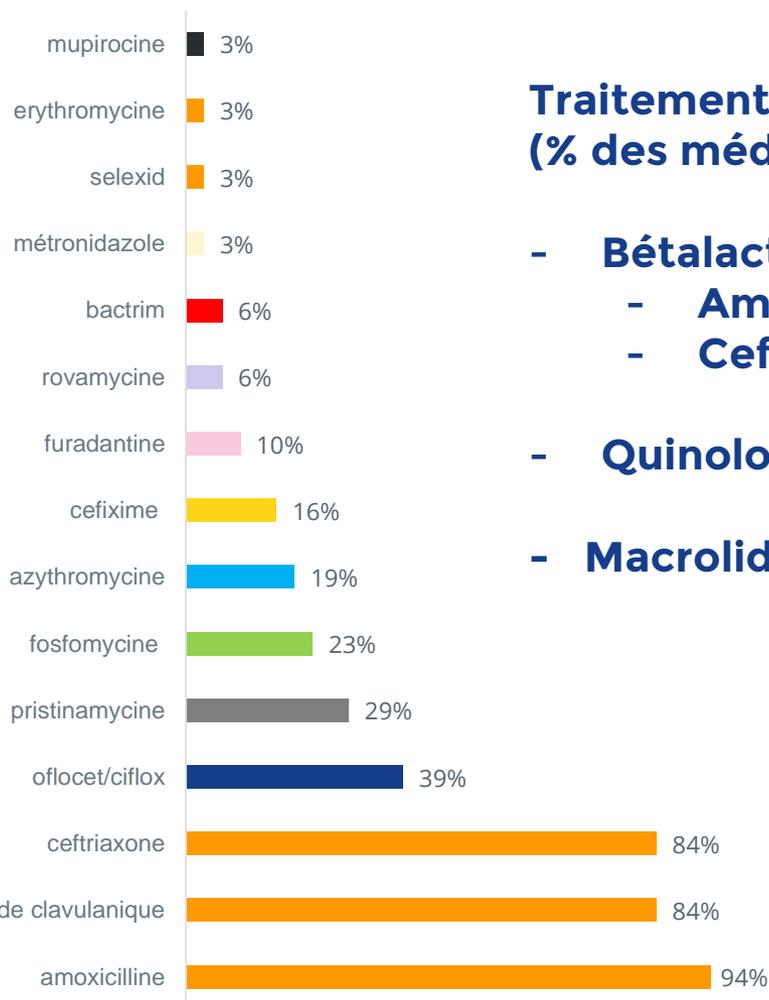


**le médecin coordinateur est prescripteur dans 54% des cas, toujours en couple avec le médecin traitant**



## Quels sont les antibiotiques les plus fréquemment prescrits et sous quelle forme?

Antibiotiques utilisés en % (n=31)



### Traitements les plus utilisés (% des médecins en prescrivant) :

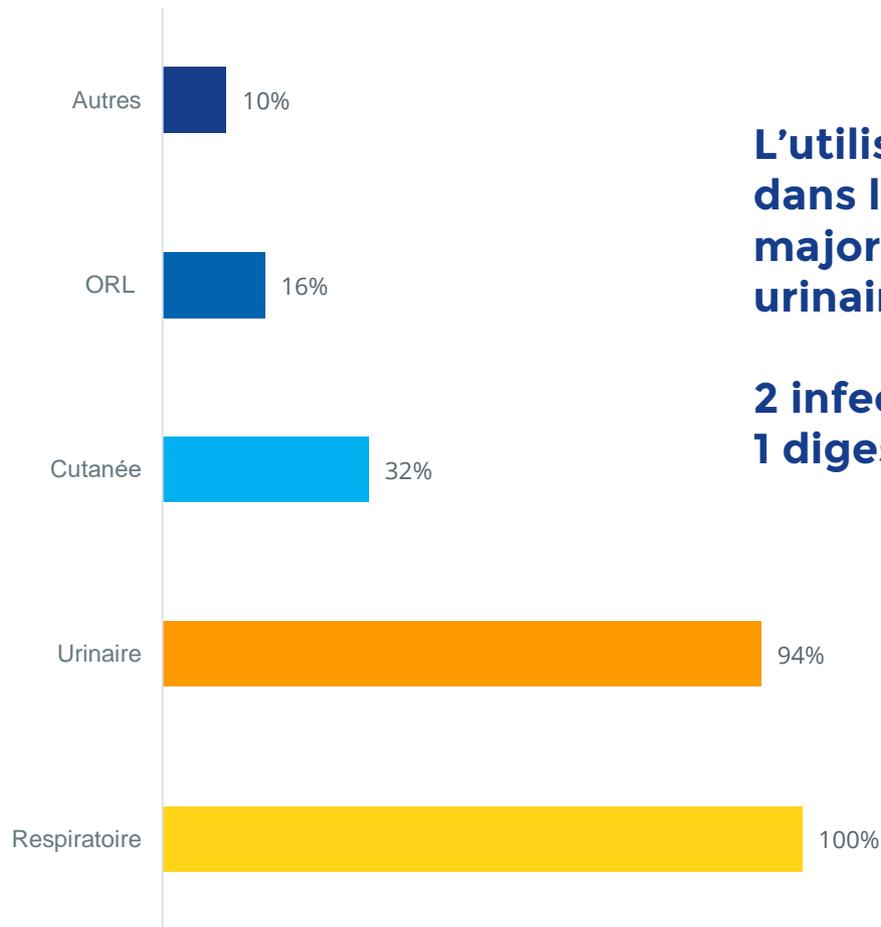
- **Bétalactamines:**
  - **Amoxicilline +/- clav (100%)**
  - **Ceftriaxone (84%)**
- **Quinolones (39%)**
- **Macrolides/synergestines (29%)**

10



## Quelles en sont les indications principales?

Type d'infections traitées par  
antibiothérapie (n=31)



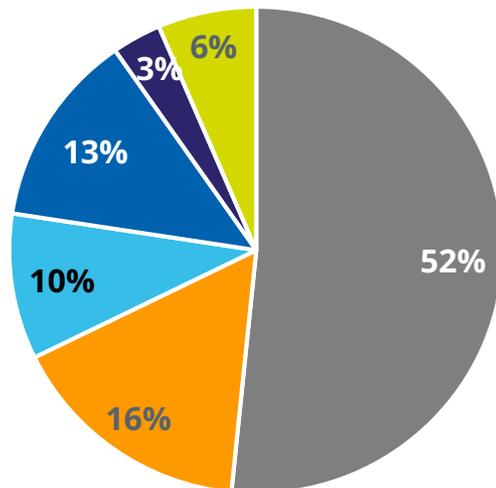
**L'utilisation d'antibiotiques se fait  
dans le cadre d'infections  
majoritairement respiratoires et  
urinaires (100% et 94%)**

**2 infections osseuses  
1 digestive**



## Réévaluation de l'antibiothérapie à 48h

Réévaluation de la prescription (n=31)

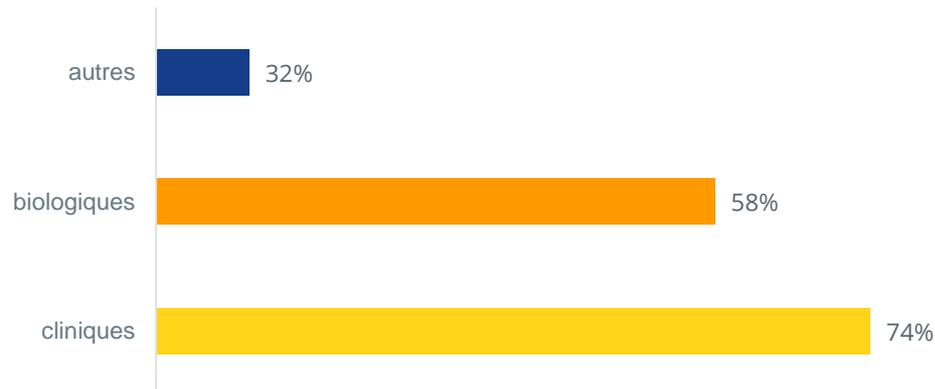


■ med ttt ■ pas de réponse ■ Médecin coordonateur ■ medecin/ide ■ IDE ■ med ttt ou coordonateur

**16% des prescriptions ne sont pas réévaluées, 52% le sont par le médecin traitant**

## Quels critères pour la réévaluation de l'antibiothérapie à 48h

Critères de réévaluation de la prescription  
(n=31)



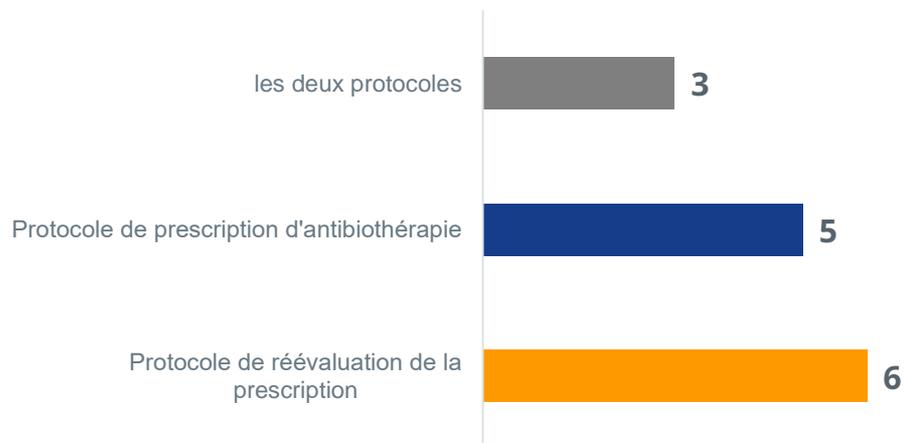
**Les critères de réévaluation de l'antibiothérapie sont des critères cliniques et biologiques dans la plupart des cas**

**3 critères « tolérance » (clinico-biologique)**



## Existe-t-il des protocoles de prescription et/ou de réévaluation des prescriptions d'antibiotiques :

Existence de protocoles locaux (n=31)



**35% des médecins utilisent les protocoles locaux de prescription et réévaluation d'ATB**



## Quels outils d'aide à la prescription utilisez-vous?

**20 médecins ont répondu au questionnaire**

**60% connaissent l'outil antibioclic**

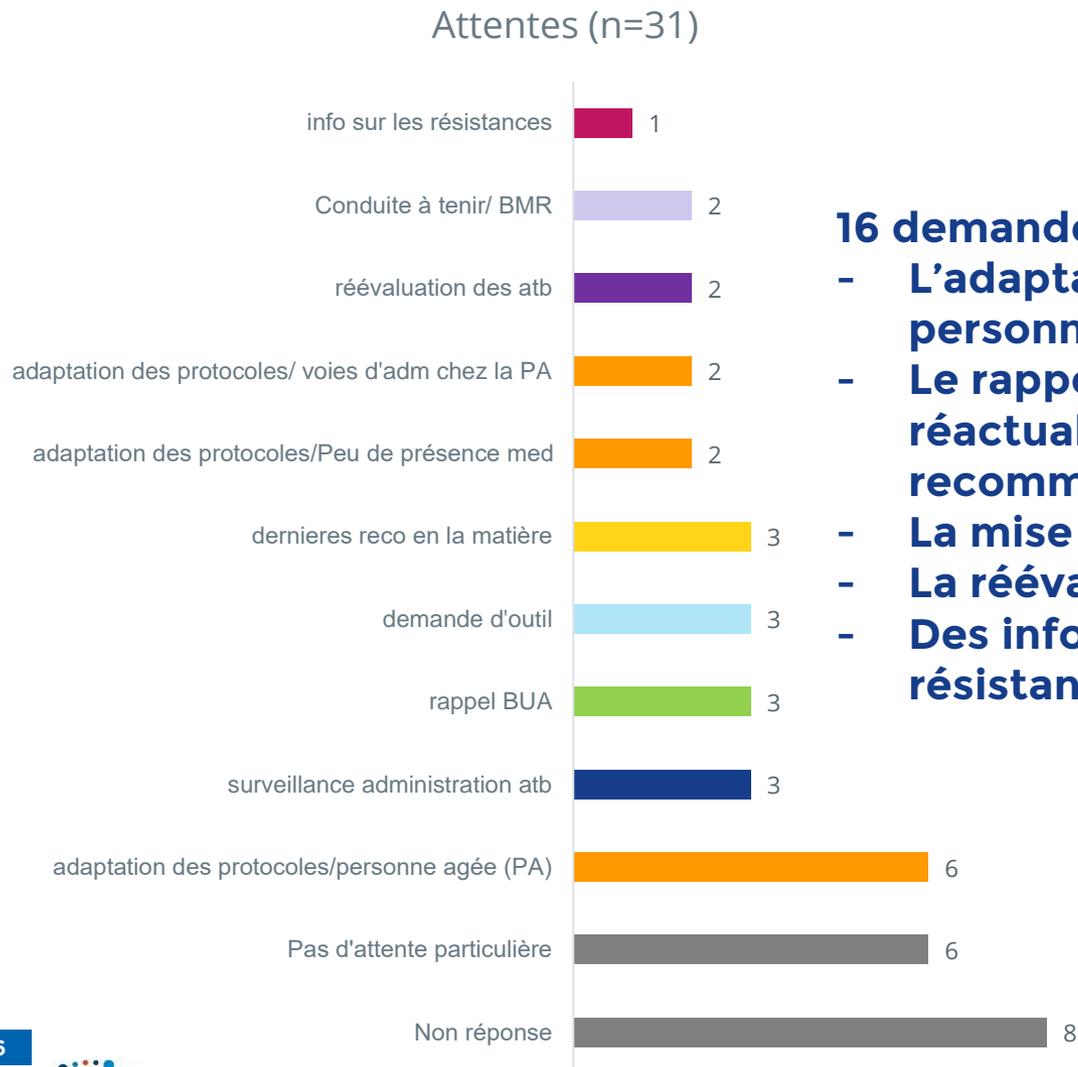
**35% utilisent antibioclic comme outil d'aide à la prescription**

**Les autres outils utilisés sont:**

- **Le guide des recommandations de prise en charge des infections aiguës en EHPAD- OMEDIT IDF 2018 (11/20)**
- **Les recommandations de la SPILF (3/20)**
- **KORIAN- le bon usage des antibiotiques (2/20)**
- **Le guide pratique pres ATB CH Charles FOIX (1/20)**
- **Le guide pratique PAPA (1/20)**
- **La veille documentaire (1/20)**



## Attentes vis-à-vis de notre intervention



- 16 demandes portant sur**
- **L'adaptation des protocoles aux personnes âgées**
  - **Le rappel du BUA et la réactualisation des recommandations**
  - **La mise à disposition d'outils**
  - **La réévaluation des ATB**
  - **Des informations sur les BMR/ résistances aux ATB**

16



+



=

EMA



## Infectio-gériatrie (GINGER)

17

## Où l'on retrouve:

- Les recommandations de la spilf en lien avec la personne âgée
- De nombreux articles portant sur le thème de l'antibiothérapie chez la personne âgée
- Les ateliers sur le même thème

EMA

### Ateliers et interventions du Ginger à venir

Atelier ESGIE Bordeaux les 5 et 6 Octobre 2023: Pneumonies du sujet âgé (cliquez sur le lien pour avoir les informations et le programme)

pour les journées du GINGER du 7 décembre 2023, appel à contribution

Chers internes, chers directeurs de thèse  
Une partie de la journée du Ginger, qui aura lieu le 7 décembre 2023 à Paris, sera consacrée à la présentation de travaux de thèse de médecine sur le thème des infections du patient âgé. N'hésitez pas à nous soumettre le résumé de vos travaux !  
Adresse : ginger\_bureau@googlegroups.com avant le 31 08 2023



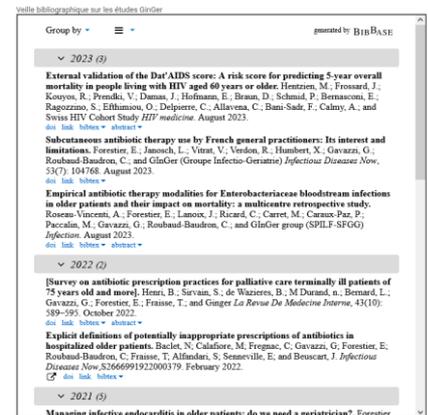
- Présentation de la prochaine journée GINGER

## Journée 2023 le 7 décembre 2023

Journée du 7 décembre 2023. [préprogramme et modalité d'inscription](#)

Invitation sur inscription par mail : [c.cheneau@infectiologie.com](mailto:c.cheneau@infectiologie.com)

HENRI MONDOR



PITAUX  
PARIS



## Mise à disposition d'outils d'aide à la prescription

- **Concernant le bon usage des antibiotiques, de nombreux outils sont trouvables sur les sites dédiés à cet effet:**
  - **Les Cratb: centre régional en antibiothérapie**
  - **Les Cpias: centre de prévention des infections associées aux soins**
  - **PRIMO: prévention et contrôle de l'infection en ets médicaux socio et soins de ville**
- **Des articles, des plaquettes d'informations à destination des soignants mais aussi des résidents, des familles...**

**EMA**

19



[https://medqual.fr/images/OUTILS/SOIGNANTS\\_Affiche\\_BUA\\_03.pdf](https://medqual.fr/images/OUTILS/SOIGNANTS_Affiche_BUA_03.pdf)

EMA

## LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES EN EHPAD



PROBLÈMES URINAIRES patient non sondé	PROBLÈMES URINAIRES patient sondé
<b>URINES MALODORANTES ET/OU TROUBLES</b> <b>PAS D'INFECTION</b> Donc pas de prélèvement urinaire (ni BU ni ECBU)* <b>BRULURES MICTIONNELLES ET/OU APPARITION D'ENVIES FRÉQUENTES D'URINER (avec ou sans fièvre)</b> INFECTION PROBABLE, Faire prélèvement urinaire (BU et/ou ECBU) après avis médical → EXAMEN MÉDICAL IMPÉRATIF	<b>URINES MALODORANTES ET/OU TROUBLES ET/OU ÉCOULEMENT AUTOUR DE LA SONDE</b> Pas de prélèvement ni prélèvement urinaire ni prélèvement de l'écoulement* <b>FIÈVRE ≥ 38°C ET/OU DOULEURS SUS-PUBIENNES ET/OU MODIFICATION DU COMPORTEMENT</b> Pas de prélèvement urinaire* → EXAMEN MÉDICAL IMPÉRATIF AVANT TOUT EXAMEN COMPLÉMENTAIRE
<b>SIGNES GÉNÉRAUX</b> APPARITION D'UNE CONFUSION, D'UNE FIÈVRE, DE CHUTES, D'UNE ANOREXIE Pas de prélèvement urinaire* → AVIS MÉDICAL IMPÉRATIF EN L'ABSENCE DE CAUSES ÉVIDENTES	<b>PROBLÈMES CUTANÉS</b> <b>PLAIE (ESCARRE, ULCÈRE, MAL PERFORANT,...) OU INFECTION (FURONCLE, ÉRYSIPIÈLE,...) MÊME AVEC ASPECT INFLAMMATOIRE ET/OU SUPPURATION</b> Aucune indication de prélèvement* → EXAMEN MÉDICAL IMPÉRATIF

\* Réaliser un **prélèvement non indiqué** peut avoir comme grave conséquence la **prescription inappropriée d'antibiotiques** et donc :

- Un risque de sélection de **germes résistants** pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD et leurs proches.
- Un risque d'**effets indésirables** dus aux antibiotiques pour le résident.



**ATB REFERENTS**  
PARIS DE LA LIBERTÉ

Hôpital Saint Jacques (MedQual)  
85 rue Saint Jacques  
44093 NANTES-CEDEX 03  
02 51 81 64 24  
(Des médicaments au 02.51.81.23.76)

20



[https://medqual.fr/images/OUTILS/SOIGNANTS\\_Affiche\\_BUA\\_03.pdf](https://medqual.fr/images/OUTILS/SOIGNANTS_Affiche_BUA_03.pdf)

## PROBLÈMES URINAIRES

patient non sondé

URINES

MAL ET/

PAS D'URINES  
Donc urina

BRULURES

## PROBLÈMES URINAIRES

patient sondé

URINES

FIÈVRE  $\geq 38^{\circ}\text{C}$

- \* Réaliser un **prélèvement non indiqué** peut avoir comme grave conséquence la **prescription inappropriée d'antibiotiques** et donc :
- Un risque de sélection de **germes résistants** pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD et leurs proches.
  - Un risque d'**effets indésirables** dus aux antibiotiques pour le résident.

## SIGNES GÉNÉRAUX

APPARITION D'UNE CONFUSION, D'UNE FIÈVRE, DE CHUTES, D'UNE ANOREXIE

Pas de prélèvement urinaire\*

→ AVIS MÉDICAL IMPÉRATIF EN L'ABSENCE DE CAUSE ÉVIDENTE

## PROBLÈMES CUTANÉS

PLAIE (ESCARRE, ULCÈRE, MAL PERFORANT...) OU INFECTION (FURONCLE, ÉRYSIPIÈLE,...) MÊME AVEC ASPECT INFLAMMATOIRE ET/OU SUPPURATION

Aucune indication de prélèvement\*

→ EXAMEN MÉDICAL IMPÉRATIF



[https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL\\_MEMO\\_A3\\_BLEUGRAS\\_OK-sanstraitscoupe.pdf](https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL_MEMO_A3_BLEUGRAS_OK-sanstraitscoupe.pdf)



EMA

## 2021 MÉMO DURÉES D'ANTIBIOTHÉRAPIE EN EHPAD

(Antibiotiques classés par ordre de préférence)

### URINES<sup>1</sup>

Étiologie urinaire		Médicaments de première ligne (autres antibiotiques de seconde ligne)	
Infection aiguë		Amoxicilline 500mg q12h	
Infection chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie aiguë à risque de complication		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie non bactérienne		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie indétectable (2-3 jours)		Amoxicilline 500mg q12h	

### PELVYDARMATS

Étiologie urinaire		Médicaments de première ligne	
Infection aiguë (UTI)		Amoxicilline 500mg q12h	
Infection chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie aiguë à risque de complication		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie indétectable		Amoxicilline 500mg q12h	

### INFECTION URINAIRE BACTÉRIENNE

Étiologie urinaire		Médicaments de première ligne	
Infection aiguë		Amoxicilline 500mg q12h	
Infection chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie aiguë à risque de complication		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie indétectable		Amoxicilline 500mg q12h	

### POUMONS

Étiologie bactérienne		Médicaments de première ligne	
Infection aiguë		Amoxicilline 500mg q12h	
Infection chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie aiguë à risque de complication		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie indétectable		Amoxicilline 500mg q12h	

### ORL

Étiologie ORL		Médicaments de première ligne	
Infection aiguë		Amoxicilline 500mg q12h	
Infection chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie aiguë à risque de complication		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie indétectable		Amoxicilline 500mg q12h	

### PROBES D'ÉTAT D

Étiologie urinaire		Médicaments de première ligne	
Infection aiguë		Amoxicilline 500mg q12h	
Infection chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie aiguë à risque de complication		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie indétectable		Amoxicilline 500mg q12h	

### PEAU

Étiologie cutanée		Médicaments de première ligne	
Infection aiguë		Amoxicilline 500mg q12h	
Infection chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie aiguë à risque de complication		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie chronique		Amoxicilline 500mg q12h	
Étiologie indétectable		Amoxicilline 500mg q12h	

1. Les durées de traitement indiquées sont des durées de traitement de référence. Elles peuvent varier en fonction de la gravité de l'infection, de la réponse clinique et de la tolérance du patient.

EMA



# [https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL\\_MEMO\\_A3\\_BLEUGRAS\\_OK-sanstraitscoupe.pdf](https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL_MEMO_A3_BLEUGRAS_OK-sanstraitscoupe.pdf)

## URINAIRE

- **Cystite**
  - Simple : fosfomycine dose unique, pivmécillinam ou nitrofurantoïne **3 j**
  - Sur sonde : **3 j**
  - Risque complication ou liée aux soins : **7 j**, sauf cotrimoxazole **5 j** (pas de FQ)
- **Pyélonéphrite**
  - Simple : **10 j** (sauf C3G et FQ **7 j**)
  - Grave/nosocomiale/ à risque complications : **10 j**
- **IU masculine : 14 j** (cotrimoxazole ou FQ)
  - « cystitis-like » : **7 j**

## CUTANÉ

- **Dermohypodermite bactérienne non nécrosante** (érysipèle) : **7 j**
- **Morsure animale : 5 j**
- **Furoncle**
  - Simple : hygiène seule
  - Complicé : **5 j**
  - Furonculose : **7 j**
- **Impétigo**
  - Simple : hygiène seule
  - Grave : **7 j**

## DIGESTIF

- **Infection liquide ascite : 5 j**
- **Clostridioides difficile : 10 j**
- **Typhoïde : azithromycine 5 j ; FQ 7 j**
- **Diarrhée voyageur :**
  - Ø fièvre/dysenterie : dose unique FQ ou azithromycine
  - fièvre et/ou sd dysentérique : **3 j** (azithromycine ou FQ)
- **Abcès Hépatique : 28 j**
- **Cholécystite**
  - Cholecystectomie
    - Simple : **< 24h** (ATB prophylaxie chirurgicale)
    - Perforée / grave : **3 j**
  - Drainage percutané : **7 j**
  - Non opérée / non drainée : **7 j**
- **Angiocholite drainée : 3 j**
- **Diverticulite** non compliquée en échec d'un traitement symptomatique : **7 j**
- **Appendicite**
  - Opérée sans perforation : **<24h** (ATB prophylaxie chirurgicale)
  - Traitement non chirurgical : **7 j**
- **Péritonite**
  - Perforation digestive opérée dans les 24h : **< 24h** (ATB prophylaxie chirurgicale)

## OSTÉO-ARTICULAIRE\*\*

- **Arthrite**
  - Gonocoque : **7 j**
  - *Streptococcus spp* : **4 semaines**
  - *S. aureus* : **6 semaines**
  - Main, par inoculation directe, après lavage chirurgical : **14 j**
- **Spondylodiscite native : 6 semaines**
- **Pied Diabétique**
  - Amputation complète sans IPTM : **2 j**
  - Amputation complète avec IPTM : **7 j**
  - Excision osseuse non réalisée ou incomplète : **6 semaines**

## GÉNITAL

- **Haut**
  - Non compliqué : ceftriaxone dose unique + métronidazole et doxycycline **10 j**
  - Complicé : ceftriaxone **7 j max** + métronidazole et doxycycline **14 j**
- **Urétrite / Cervicite :**

## NEUTROPÉNIE FÉBRILE

- **Documentée et/ou foyer clinique : 7 j minimum** selon pathogène/site infectieux (arrêt si 4 j apyrexie + résolution signes d'infection + éradication microbiologique)
- **Sans documentation microbiologique ni orientation clinique**
  - Ambulatoire : **arrêt quand apyrexie ET PNN > 500/mm<sup>3</sup>**
  - Hospitalisation : **3 j minimum** ; arrêt si 48h d'apyrexie + absence de signe de gravité + surveillance hospitalière 24-48h si PNN toujours <500/mm<sup>3</sup>

## NEURO-MÉNINGÉ\*\*

- **Méningite**
  - Pneumocoque et streptocoque gpe B : **10 j**
  - Méningocoque : **5 j**
  - *H. influenzae* : **7 j**
  - *Listeria* et *E. coli* : **21 j**

## ENDOCARDITE\*\*

- **Staphylocoque**
  - Valve native : **4 semaines** monothérapie
  - Valve prothétique : **6 semaines** dont 2 de trithérapie initiale
- **Streptocoque**
  - CMI Pénicilline G  $\geq 0,125$ mg/L
    - Valve native : **4 semaines** dont 2 de bithérapie initiale
    - Valve prothétique : **6 semaines** dont 2 de bithérapie initiale
  - CMI Pénicilline G  $\leq 0,125$  mg/L
    - Valve native : **4 semaines** si monothérapie OU **2 semaines** si bithérapie
    - Valve prothétique : **6 semaines** monothérapie

- **Entérocoque**
  - Valve native : **4 semaines** (dont 2 semaines de bithérapie initiale)
- Attention : **6 semaines**



# [https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL\\_MEMO\\_A3\\_BLEUGRAS\\_OK-sanstraitscoupe.pdf](https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL_MEMO_A3_BLEUGRAS_OK-sanstraitscoupe.pdf)

## RESPIRATOIRE / ORL

- **Exacerbation BPCO** si indication ATB : **5 j**
- **Pneumopathie (PNP) aiguë communautaire +/- pleurésie parapneumonique non purulente**
  - Simple
    - évolution favorable J3 : **5 j**
    - sinon : **7 j**
  - PAVM et PNP liées aux soins : **7 j**
  - **Légionellose** : **14 j** (sauf azithromycine **5 j**)
- **Pleurésie purulente** : **15 j** post drainage
- **Coqueluche** : azithromycine **3 j**, clarithromycine **7 j**, (autres macrolides **14 j**)
- **Angine SGA** : amoxicilline **6 j** (cefepodoxime **5 j**, cefuroxime **4 j**, clarithromycine **5 j**, azithromycine **3 j**)
- **OMA purulente** : **5 j**
- **Sinusite** : amoxicilline (± clavulanate en fonction du sinus) **7 j** ; FQ ou C3G IV **5 j** ; pristinamycine **4 j**

- Généralisée : **4 j**
- Post opératoire : **8 j**

## BACTÉRIÉMIE

- **Primitive non compliquée**
  - BGN (entérobactéries, non fermentants), streptocoques, entérocoques : **7 j**
  - *Staphylococcus aureus* ou *lugdunensis*\*\* : **14 j**
- **Secondaire liée au cathéter**
  - Après ablation KT et 1<sup>er</sup> hémoculture négative
    - SCN : **3 j** si apyrexie et pas de prothèse vasculaire; sinon **5 j**
    - BGN, strepto/entérocoques : **7 j**
    - *Staphylococcus aureus* ou *lugdunensis*\*\* : **14 j**
    - Levures\*\* : **14 j**
  - Thrombophlébite septique : **21 j**
  - KT laissé en place + Verrou SCN, strepto/entérocoque, BGN : ATB systémique + verrou : **10 j**

doxycycline **7 j** (alternative azithromycine dose unique)

- **Syphilis précoce** : benzathine benzyl pénicilline 2,4MUI dose unique (allergie : doxycycline **14 j**)

- Méningite/encéphalite tuberculeuse : **12 mois**

## • Abscès

- Non drainé : **6 semaines**
- Drainé : **3 à 6 semaines**



### \*\* avis infectiologique recommandé

ATB antibiothérapie • BGN bacille GRAM négatif • C3G céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération • CGP Coccid GRAM positif • FQ fluoroquinolone  
IPTM infection peau et tissu mou • PAVM pneumopathie acquise sous ventilation mécanique • SCN Staphylocoque coagulase négative  
SGA streptocoque Groupe A

Les molécules ne sont mentionnées que si elles s'accompagnent d'une durée particulière.

Les durées recommandées ne concernent que des patients avec une évolution favorable.

Extrait de l'article R. Gauzit et al. ID Now. 2021 et du diaporama de synthèse du groupe recos SPLIF

+ ceftriaxone (bithérapie 6 semaines) ou vancomycine + gentamicine (dont 2 semaines de bithérapie initiale)

- Valve prothétique : **6 semaines**

## • Dispositif électronique cardiaque implantable

- Infection précoce superficielle : **7 j**
- Infection boîtier sans bactériémie, après ablation du matériel : **7 j**
- Bactériémie sans endocardite sans infection de sonde : CGP : **14 j**, BGN : **7 j**
- Infection sondes, après ablation matériel : **14 j**
- Infection sondes, ablation matériel impossible : **6 semaines** dont 2 de bithérapie initiale puis ATB suppressive à discuter.



# [https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL\\_ALGO\\_A3\\_SANSTRAITSCOUPES-VF.pdf](https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL_ALGO_A3_SANSTRAITSCOUPES-VF.pdf)

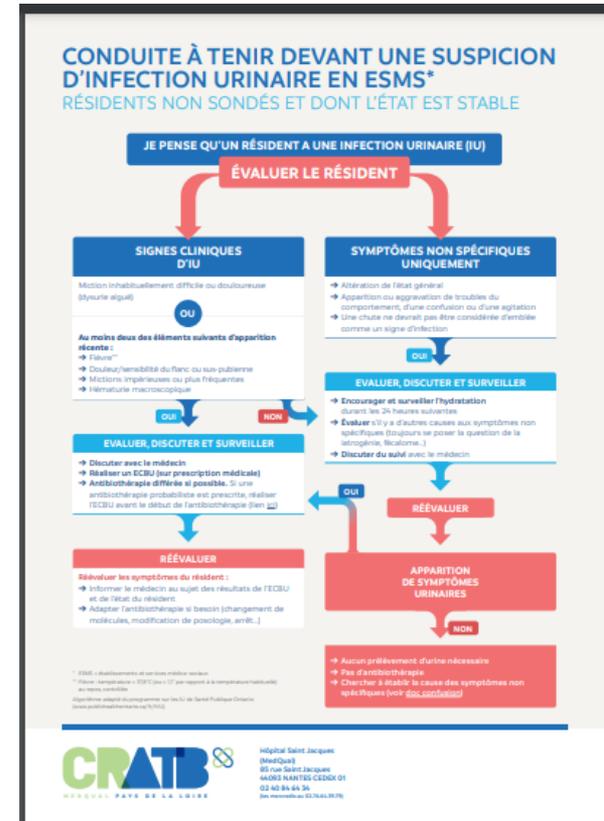
EMA

**DANS CES 3 SITUATIONS, FAIRE UNE ANALYSE N'EST PAS UTILE ET EST MÊME DÉCONSEILLÉE**

- Une toux régulière, sans aggravation et sans fièvre  
→ EXAMEN MÉDICAL
- Une escarre ou une plaie même malodorante ou associée à un écoulement  
→ VISITE LOGIQUE
- Des urines troubles ou malodorantes, sans fièvre et sans brûlures  
→ BOIRE, MANGER UN YAOURT

**CRATB**  
HÔPITAL PAYS DE LA LOIRE

Hôpital Saint-Jacques (Henri Mondor)  
87 avenue Duhet, Jacques  
Mondor, 93000 Bobigny  
01 47 00 00 00  
www.hopital-stjacques.fr



25



JE PENSE QU'UN RÉSIDENT A UNE INFECTION URINAIRE (IU)

ÉVALUER LE RÉSIDENT

SIGNES CLINIQUES  
D'IU

Miction inhabituellement difficile ou douloureuse (dysurie aiguë)

OU

Au moins deux des éléments suivants d'apparition récente :

- Fièvre\*\*
- Douleur/sensibilité du flanc ou sus-pubienne
- Mictions impérieuses ou plus fréquentes
- Hématurie macroscopique

OUI

NON

SYMPTÔMES NON SPÉCIFIQUES  
UNIQUEMENT

- Altération de l'état général
- Apparition ou aggravation de troubles du comportement, d'une confusion ou d'une agitation
- Une chute ne devrait pas être considérée d'emblée comme un signe d'infection

OUI

ÉVALUER, DISCUTER ET SURVEILLER

- Encourager et surveiller l'hydratation durant les 24 heures suivantes
- Évaluer s'il y a d'autres causes aux symptômes non



# [https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL\\_ALGO\\_A3\\_SANSTRAITSCOUPES-VF.pdf](https://medqual.fr/images/OUTILS/MEDCAL_ALGO_A3_SANSTRAITSCOUPES-VF.pdf)

## EVALUER, DISCUTER ET SURVEILLER

- Discuter avec le médecin
- Réaliser un ECBU (sur prescription médicale)
- Antibiothérapie différée si possible. Si une antibiothérapie probabiliste est prescrite, réaliser l'ECBU avant le début de l'antibiothérapie (lien [ici](#))

## RÉÉVALUER

### Réévaluer les symptômes du résident :

- Informer le médecin au sujet des résultats de l'ECBU et de l'état du résident
- Adapter l'antibiothérapie si besoin (changement de molécules, modification de posologie, arrêt...)

spécifiques (toujours se poser la question de la iatrogénie, fécalome...)

→ Discuter du suivi avec le médecin

RÉÉVALUER

APPARITION DE SYMPTÔMES URINAIRES

NON

- Aucun prélèvement d'urine nécessaire
- Pas d'antibiothérapie
- Chercher à établir la cause des symptômes non spécifiques (voir [doc confusion](#))

\* ESMS = établissements et services médico-sociaux

\*\* Fièvre : température > 37,8°C (ou > 1,1° par rapport à la température habituelle) au repos, contrôlée

Algorithme adapté du programme sur les IU de Santé Publique Ontario ([www.publichealthontario.ca/fr/IVU](http://www.publichealthontario.ca/fr/IVU))

27



**EMA**



29



**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**