



Favoriser le bon usage des antibiotiques en EHPAD

L'implication de l'infirmier.ère

Nadia Le Quilliec (IDE) - CRATB
des Pays de la Loire



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenant** : LE QUILLIEC Nadia
- **Titre** : Favoriser le bon usage des antibiotiques en EHPAD par une infirmière

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique ☐ OUI ☒ NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents ☐ OUI ☒ NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations ☐ OUI ☒ NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique ☐ OUI ☒ NON

Pour commencer : un cas clinique



Madeleine, un peu plus fatiguée
depuis 1 semaine
Urines foncées

BU réalisée



+ ECBU

Antibiogramme

• *Escherichia coli* entre 10^5 et 10^6 UFC/ml

• Antibiogramme :

AMOXICILLINE/ AC CLAVULAINIQUE	S
AMOXICILLINE	S
TICARCILLINE	S
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	S
CEFALOTINE	S
CEFOXITINE	S
CEFTRIAXONE	S
CEFIXIME	S
ERTAPENEM	S
IMIPENEME	S
AMIKACINE	S
GENTAMICINE	S
ACIDE NALIDIXIQUE	S
CIPROFLOXACINE	S
NORFLOXACINE	S
OFLOXACINE	S
TRIMETHOPRIME/SULFAMETHOXAZOLE	S
NITROFURANTOÏNE	R

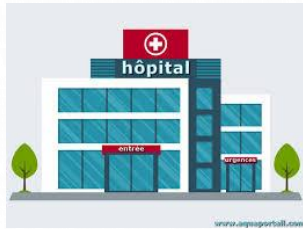
Pas de réévaluation...

La suite se complique pour Madeleine...

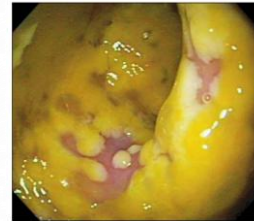
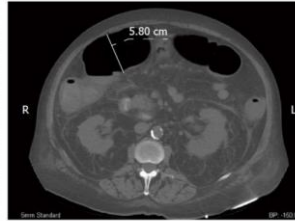


4 jours après la fin du traitement : douleurs abdominales et diarrhées profuses, T° 38,3°C

BIOLOGIE : CRP 238 mg/l PNN 18700/mm³ ; Créatinine 301 micromol/l



Diagnostic: colite sévère à *C. difficile*



Mégacolon toxique

Traitement prolongé, déclin...

Au final... Madeleine va mieux, mais ...

- ❖ L'antibiothérapie n'était pas indiquée chez Madeleine
- ❖ Le prélèvement urinaire non plus !



Tout part de la bonne indication du prélèvement urinaire

De l'indication de l'ECBU à la prescription d'antibiotique, étude du bon usage des antibiotiques de la sphère urinaire en EHPAD.

GAUDIN Alicia

Née le 05 juillet 1994 à Nantes (44)

- ❖ 60% des BU et 20 % des ECBU sont réalisés à l'initiative de l'équipe soignante
- ❖ Motif de réalisation :
 - ❖ Urines malodorantes 10%
 - ❖ Signes généraux isolés (confusion, chute...) 30%
- ❖ ECBU réalisé : ATB dans > 50% des cas (90% s'il est +)

L'antibiothérapie chez la personne âgée

- . Une sémiologie atypique (symptômes non spécifiques)
- . L'immunosénescence
- . Polypathologie et polymédication (risque élevé de iatrogénie médicamenteuse)
- . Troubles cognitifs et une perte d'autonomie



- Rend complexe le diagnostic :
 - . Retard de PEC
 - . Réalisation de prélèvements inadaptés
- Favorise les prescriptions d'ATB inappropriées (jusqu'à 75 %)
- augmente l'émergence des bactéries résistantes

Pour quelles infections

31,7 %
urinaires

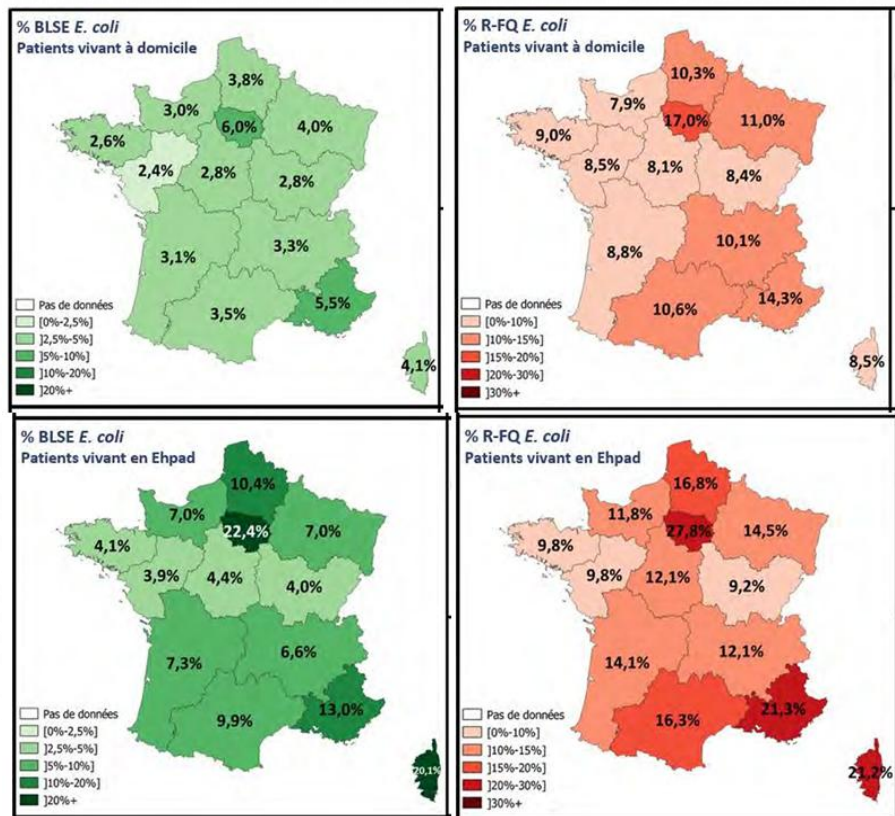
36,2 %
respiratoires

25,8 %
cutanées

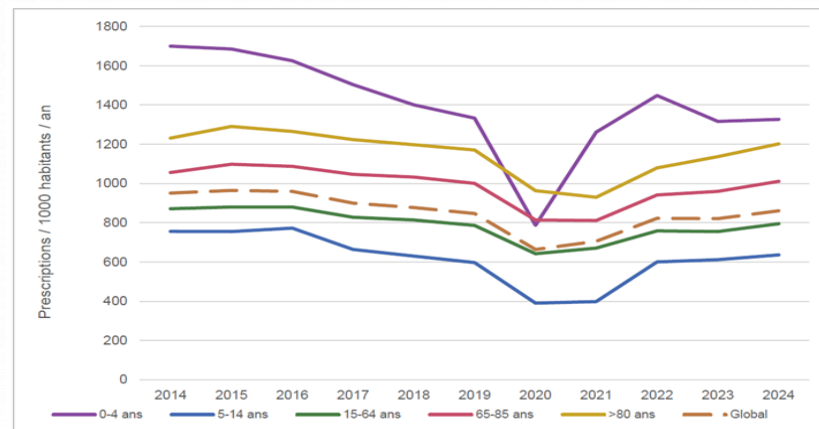


La colonisation urinaire, fréquente en EHPAD, est à risque de prescription d'ATB inappropriée

Les chiffres de l'antibiorésistance en EHPAD



Antibiothérapie et sujet âgé



Évolution des prescriptions d'antibiotiques en ville par classes d'âge 2014-2024

Le volume de C3G et de fluoroquinolones prescrit est 4 à 5 fois plus important chez les ≥ 85 ans par rapport aux patients de moins de 35 ans.

Perceptions des IDE concernant leur rôle dans le BUA

- ❖ Étude qualitative auprès d'IDE d'EHPAD / entretien semi directif individuel et collectif 2024 auteur : Céline Bridey et al.



- ❖ Étude : *Decisional Issues in Antibiotic Prescribing in French Nursing Homes: An Ethnographic Study* auteur : Taghrid Chaaban et al. 2019 - (5 EHPAD de la région parisienne / 16 IDE et 5 Médecins) / observations de terrain (120 heures)

- L'influence des IDE sur la décision de prescription lors de la communication des informations cliniques auprès du médecin.
- L'étude conclut qu'une meilleure collaboration médecin – IDE et qu'un renforcement des compétences des IDE en antibiothérapie favoriseraient le bon usage des antibiotiques (BUA).

BUA : Quelles pistes pour l'IDE

① L'infirmier.ère, une sentinelle clinique :

- L'évaluation clinique influence directement la pertinence de la prescription d' ATB
- repérage des signes d'infection en réalisant une évaluation solide lui permettant d'identifier des indices cliniques significatifs

Ex :

- Recueil de données objectives (constantes vitales) + des critères d'alerte
 - Recueil de données subjectives (ressenti, symptômes...)
 - Détection des anomalies ou aggravations (toujours partir de l'état de base du résident)
 - Transmissions ciblées (le contexte, les troubles, les signes cliniques)
-
- Une piste : la formation et la création d'outils standardisés et structurés

BUA : Quelles pistes pour l'IDE ?

❖ La pertinence des prélèvements !

- Objectif : le bon usage diagnostic et donc **repérer avant de décider de prélever**
- L'exemple des suspicions d'infections urinaires :

- Identifier les situations cliniques où l'ECBU est justifié pour ne pas tomber dans **le piège de la colonisation urinaire fréquente en EHPAD** (prévalence rapportée de 25 à 50% chez les résidents)
- Etre convaincu de son utilité : pas de prélèvement au cas où !
- Sortir du dogme que l'ECBU fait parti du bilan systématique en cas de chute/confusion/fièvre isolée
- Si un ECBU est positif, rester critique sur le résultat (peut être aussi bien une infection qu'une colonisation)





Experts et acteurs de terrain se positionnent pour dire STOP à la BU en EHPAD

BUA : Quelles pistes pour l'IDE

② Devant des manifestations cliniques aspécifiques, investiguer :

Identifier ce qui est inhabituel, ce qui nécessite une surveillance, ce qui mérite d'être approfondi ou transmis.

Ex : devant des signes cliniques aspécifiques et en l'absence de signe de gravité

- Rechercher toutes les autres causes possibles (constipation, globe urinaire, déshydratation...)
- Des effets indésirables médicamenteux
- Des changements dans l'environnement
- Une partie du BUA repose sur la qualité de l'évaluation clinique initiale !
- Une piste : travail collaboratif entre paramédicaux et médicaux pour recueillir des données cliniques factuelles et se donner toutes les chances d'affiner le diagnostic.

BUA : Quelles pistes pour l'IDE

③ La réévaluation, un pilier pour le BUA :

➤ Contribution clé de l'IDE à cette étape

Ex :

- Surveillance de l'évolution clinique
- Identification des effets indésirables
- Réception et lecture des résultats biologiques

Intérêt de cette surveillance :

- l'arrêt des traitements inutiles
- L'adaptation de l'antibiothérapie
- La réduction des durées d'exposition aux ATB

➤ Une piste : Outils de réévaluation à intégrer dans le DSI



Mise sous fluoroquinolone
et **pas de réévaluation** à
la réception de
l'antibiogramme

• *Escherichia coli* entre 10^5 et 10^6 UFC/ml

• **Antibiogramme :**

AMOXICILLINE/ AC CLAVULAINIQUE	S
AMOXICILLINE	S
TICARCILLINE	S
PIPERACILLINE + TAZOBACTAM	S
CEFALOTINE	S
CEFOXITINE	S
CEFTRIAXONE	S
CEFTIXIME	S
ERTAPENEM	S
IMIPENEM	S
AMIKACINE	S
GENTAMICINE	S
ACIDE NALIDIXIQUE	R
CIPROFLOXACINE	R
NORFLOXACINE	R
OFLOXACINE	R
TRIMETHOPRIME/SULFAMETHOXAZOLE	S
NITROFURANTOINE	R

Exemple d'outils pour la réévaluation en EHPAD

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

Résultats microbiologiques ? :

OBSERVANCE ET TOLÉRANCE

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

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 À L'ISSUE

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

Réévaluation par l'infirmier.e de l'antibiothérapie dans les pneumonies aiguës

ANTIB EHPAD

Un antibiotique a été instauré chez le résident pour une pneumonie. Cette fiche permet de réévaluer le traitement et d'ajuster la durée.

Date du diagnostic : Médecin :

Etiquette du résident

Nom : Prénom : Date de naissance :

Quand réévaluer ?

A la fin du 3^{ème} jour d'antibiothérapie

Soit le

Quels critères réévaluer ?

	T°	PA systolique	FC	FR	Sa O2
valeur du résident					
norme	< 37,8°C	> 90mmHg	< 100/min	< 24/min	> 90%
Ok ?	☐	☐	☐	☐	☐

5 critères ok

Au moins 1 critère non ok

Informez le médecin traitant
Tracer dans le dossier
+/- réévaluation clinique
Nouvelle réévaluation à J5

Soit le

	T°	PAS	FC	FR	Sa O2
valeur du résident					
Ok ?	☐	☐	☐	☐	☐

5 critères ok

Au moins 1 critère non ok

Arrêt des antibiotiques à la fin du 5^{ème} jour

Arrêt des antibiotiques à la fin du 7^{ème} jour

Informez le médecin traitant
Tracer dans le dossier
Arrêt des antibiotiques à la fin du 3^{ème} jour de traitement

Soit le

Source : SPIU/SPLF. Actualisation des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires chez l'adulte. Fev 2025

BUA : Quelles pistes pour l'IDE

4 Mieux communiquer avec les prescripteurs

Plus la transmission est précise, plus la prescription sera pertinente

Pas de long discours pour cela....

Ex :



➤ Une piste : tracer +++ pour mieux communiquer

Donnons du sens à la démarche

- ❖ En plus de l'intérêt pour le patient (sécurité et qualité des soins), votre implication aura pour effet :
 - D'éviter des prélèvements et des traitements inutiles
 - Réduire les effets indésirables médicamenteux
 - Limiter les hospitalisations
 - Préserver l'efficacité des ATB et les réserver uniquement aux situations nécessaires
 - Limiter l'émergence des bactéries résistantes

Vous doutez encore de vos compétences pour faire du BUA ?

- ❖ **Essai Canadien : Loeb et al.-** effet d'une intervention multifactorielle sur le nombre d'ATB pour les infections urinaires suspectées chez les résidents – 2005
 - Quand les IDE sont formées et disposent de critères cliniques standardisés, elles contribuent à réduire les prescriptions d'ATB inutiles
- ❖ **Revue narrative : Crnich C.J. et al.-** optimisation de la gestion des ATB dans les EHPAD: recommandations d'amélioration – 2015
 - Montre que les IDE jouent un rôle déterminant dans la qualité des prescriptions d'ATB par leur expertise dans l'évaluation clinique du résident et la communication pertinente avec le médecin prescripteur

Un exemple dans les Pays de la Loire



- ❖ Programme de BUA dans la prise en charge des infections urinaires en EHPAD
 - Point clé : la juste indication des prélèvements urinaires
 - Porté par des leaders paramédicaux
 - Remise d'un ensemble d'outils
 - Formation pour monter en compétences
 - Suivi d'indicateurs
 - Accompagnement sur mesure

- ❖ Nombreux outils issus de ce programme sont en accès libre sur le site PAPRICA (programme d'accompagnement à la prévention des infections et au contrôle de l'antibiorésistance) / PRIMO

Un exemple d'outil en accès libre / site medqual.fr

- ❖ Un outil à votre disposition : une histoire autour de Roger, 85 ans, mettant en scène comment l'implication des soignants paramédicaux peut faire toute la différence dans la lutte contre l'antibiorésistance (à votre disposition au STAND GRIPI)



L'INFECTION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

QUAND L'ACTION DES PARAMÉDICAUX
DEVIENT DÉCISIVE POUR LUTTER
CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE

Mai 2026

Afin de mieux
comprendre le rôle des
soignants paramédicaux
à chacune de ces étapes,
faisons la connaissance
de Roger, âgé de 85 ans,
résidant en EHPAD
depuis 2 ans.



Roger,

Son passe-temps est de lire son journal
quotidiennement afin de suivre l'actualité.

Il présente des fragilités liées à son âge :

- un transit intestinal ralenti et une tendance à l'amaigrissement.
- parfois des troubles de la déglutition.
- une diminution de la sensation de soif.

Il prend 5 à 7 médicaments par jour pour :

- stabiliser sa tension artérielle.
- éviter la constipation.
- soulager ses douleurs articulaires.
- traiter une insuffisance rénale et cardiaque modérées.

FICHE MÉMO N°4

LA BONNE DURÉE



RATIONNEL

Le respect des durées
recommandées permet de
traiter le patient tout en
limitant le risque d'effet
indésirable et l'émergence
de résistances.
Certaines infections peuvent
être traitées par des
traitements courts (dose
unique, 3, 5 ou 7 jours).

72h après le début
de l'antibiothérapie,
vous réévaluez l'état
clinique de Roger.

Vos constantes
sont correctes
et vous êtes soulagé
de l'ouïgène.



À SAVOIR

- Toute antibiothérapie doit être
réévaluée à 48-72h de son introduction
Cette réévaluation permet :
- d'arrêter l'antibiotique si on juge qu'il n'était finalement pas justifié (le diagnostic final n'est pas une infection par exemple).
 - d'adapter la molécule en fonction des résultats bactériologiques (s'il y a eu un prélèvement), de l'évolution clinique du résident, de la tolérance et des effets indésirables éventuels.
 - de déterminer la durée du traitement.

EN PRATIQUE

Réévaluer le résident à 48-72h pour apprécier l'efficacité
du traitement :

CONDUITE À TENIR	
Situation à 48h-72h	Action recommandée
Pas d'amélioration	Modifier l'antibiothérapie ou reconsidérer le diagnostic
Aggravation	Discuter d'une hospitalisation
Evolution favorable	Pour certaines infections (urinaires, respiratoires) il est possible de réduire la durée de l'antibiothérapie

Perspectives

- ❖ Une démarche pluriprofessionnelle :
 - La qualité de la prescription dépend de la qualité des données cliniques remontées par les soignants

- ❖ Les acteurs de terrain : vous, les IDE / AS en EHPAD et les médecins
 - Les EMA (Equipes Multidisciplinaires en Antibiothérapie)
 - Les EMH (Equipes Mobiles d'Hygiène)
 - Les CPIAS et les CRATB

- ❖ Une place pour l'infirmier.ère en pratique avancée (IPA) :
 - Missions de coordination, d'expertise clinique renforcée
 - formation et accompagnement des soignants
 - relevé et suivi d'indicateurs

Merci pour votre attention

COMMUNICATION RÉALISÉE PAR UN MEMBRE DU **GrIPI**
GROUPE INFIRMIER EN
PATHOLOGIE INFECTIEUSE

Intéressé-e pour en savoir plus ?

Tu as envie d'en découvrir davantage et de poser des questions à un des orateurs de cette communication ?
**Rendez-vous au stand n°60 du
"Village des infectiologues"**

gripi.spilf@gmail.com

