

UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES EN EHPAD : LES INCONTOURNABLES

1. Introduction

Les antibiothérapies tout en étant efficaces doivent préserver l'écologie bactérienne du résident et de la collectivité. Aujourd'hui, aucune nouvelle molécule anti-infectieuse ne peut nous garantir une efficacité absolue sur un monde bactérien très labile et pourvu d'une grande capacité d'adaptation.

L'utilisation inappropriée des antibiotiques favorise l'émergence de bactéries résistantes aux antibiotiques. Ces bactéries représentent un risque quotidien pour les résidents des collectivités comme pour les patients des établissements de santé. Leur incidence croissante pourrait remettre en question les protocoles d'antibiothérapie probabiliste et retarder la guérison avec un risque de complication pouvant engager le pronostic vital.

L'usage des antibiotiques expose à la survenue d'infections à *Clostridium difficile* avec un risque épidémique certain en EHPAD.

La mise en œuvre des règles d'hygiène de base associée à une prescription rigoureuse des antibiotiques permet de limiter l'émergence et la dissémination des bactéries multi-résistantes.

Vous trouverez dans cette fiche les règles essentielles pour un bon usage des antibiotiques.

2. Réserver la prescription des antibiotiques aux seules infections bactériennes

Faire un diagnostic précis des infections en identifiant de manière certaine les situations pour lesquelles une antibiothérapie est inutile : Bronchite aiguë, Pharyngite ...

Identifier les situations où les bactéries ne sont que colonisantes : Bactériuries asymptomatiques, Escarres non compliqués, Plaies superficielles ...

3. Documenter les infections

Les prélèvements microbiologiques sont essentiels pour guider le traitement et parfois pour confirmer le diagnostic. Chaque fois que cela est possible ils doivent être réalisés avant le début des antibiotiques. En établissement médico-social si certains prélèvements sont difficiles à réaliser, tels que les hémocultures ou les ponctions, d'autres sont indispensables. Ils permettent de documenter une infection urinaire symptomatique, d'identifier une épidémie de grippe, de diagnostiquer une infection à *Clostridium difficile* ou encore de retenir le diagnostic de pneumonie à pneumocoque devant un antigène urinaire pneumo positif.

Les prélèvements ne sont nécessaires qu'en cas d'infection clinique ou de suspicion d'infection. Il n'est pas licite de faire un ECBU en l'absence de signe d'infection urinaire, ni des prélèvements d'escarres sans suspicion d'infection profonde associée. Les prélèvements de crachat n'ont pas d'intérêt en l'absence de signe d'infection pulmonaire ou d'authentique exacerbation d'une bronchite chronique.

Les tests de diagnostic rapide (TDR) ont un intérêt essentiel pour améliorer l'usage des anti-infectieux. Ils permettent d'interrompre une antibiothérapie injustifiée en cas d'infection virale, d'adapter un traitement probabiliste (ex : l'infection à pneumocoque) et à la bonne gestion des cas groupés (ex : épidémie de grippe ou de gastroentérite à norovirus).

4. Monothérapie / Bithérapie / Multi thérapie

L'association de deux antibiotiques ou plus peut avoir plusieurs objectifs :

- élargir le spectre du traitement (germe inconnu, plusieurs germes identifiés, infection nosocomiale),
- obtenir une réduction rapide de l'inoculum bactérien en cas d'infection grave,
- obtenir une action antibactérienne synergique en particulier sur des infections à bactéries résistantes.

Il est indispensable de limiter les bi-antibiothérapies à ces indications et de ne pas les poursuivre au delà de 48 – 72h. Dans le cas contraire on expose les résidents à des complications liées à la toxicité de certaines molécules utilisées et à la pression de sélection sur les bactéries favorisant la sélection des bactéries résistantes.

5. Réévaluer le traitement antibiotiques à 48 – 72h

Toute antibiothérapie doit être **réévaluée 48 à 72h après son début** :

- l'antibiothérapie est interrompue si l'infection n'est pas bactérienne,
- l'antibiothérapie est modifiée en cas d'évolution clinique défavorable,
- l'antibiothérapie est modifiée si les résultats microbiologiques identifient un germe résistant à la molécule prescrite initialement,
- l'antibiothérapie est modifiée quelle que soit l'évolution clinique s'il s'agit d'une molécule à large spectre¹ et que les prélèvements microbiologiques ou des arguments cliniques permettent de retenir un germe sensible à un antibiotique de spectre étroit²,
- la durée précise du traitement est décidée lors de la prescription de l'antibiotique,

6. Limiter la durée des traitements antibiotiques

Il est bien établi que les traitements prolongés ne sont nécessaires que pour des indications très précises et limitées : endocardite, infection ostéo-articulaire, infections à mycobactérie.

Toute antibiothérapie dépassant 10 jours doit être justifiée dans le dossier du résident.

7. Limiter l'usage des Fluoroquinolones

Les fluoroquinolones, sont des antibiotiques à large spectre¹, avec une excellente biodisponibilité et une diffusion tissulaire parfaite, mais ces molécules induisent très rapidement l'émergence de bactéries résistantes. Ainsi toute personne qui a eu un traitement par fluoroquinolone même de courte durée est susceptible d'héberger des entérobactéries, des staphylocoques ou des pneumocoques résistants. **Il est déconseillé de prescrire une fluoroquinolone pour un résident qui dans les 3 mois précédents a déjà eu un antibiotique de cette famille.**

La tolérance des quinolones chez les personnes âgées est médiocre : tendinopathie bien connue, syndrome confusionnel, tout particulièrement pour les traitements prolongés.

En collectivité un trop large usage de ces molécules expose à l'apparition de germes résistants au sein de toute la collectivité.

La ciprofloxacine étant la seule quinolone de recours pour les infections à *Pseudomonas aeruginosa* (pyocyanique) sensible, il est préférable de ne pas l'utiliser dans d'autres indications.

¹ Large spectre : antibiotiques actifs sur de nombreuses espèces bactériennes ex : Fluoroquinolones actives sur les bacilles à Gram négatifs et Cocci à Gram positifs ; Céphalosporines de 3^{ème} génération (ceftriaxone) actifs sur une grande parties des entérobactéries et sur des Cocci à Gram positif.

² Spectre étroit : antibiotiques actifs seulement sur certaines espèces bactériennes ex : Pénicillines M actives seulement sur les *Staphylococcus aureus* méticilline sensible ; amoxicilline active que sur certaines souches de *Escherichia coli*.

8. Adapter les Posologies

L'utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées nécessite une adaptation des posologies à la fonction rénale. La toxicité rénale, hématologique ou hépatique de certains antibiotiques expose à des complications, des surdosages ou des sous dosages.

Les sous dosages doivent être évités, ils réalisent d'authentiques conditions expérimentales pour l'émergence de bactéries résistantes aux antibiotiques.

9. Prévenir les infections et surinfection par une bonne couverture vaccinale

Il est important de proposer une vaccination contre la grippe à tous les résidents et à tout le personnel.

La vaccination contre le pneumocoque permettra aussi de limiter le nombre de pneumonies à pneumocoque, donc de diminuer les prescriptions d'antibiotiques.

Vérifier parallèlement que l'ensemble des vaccinations du calendrier sont à jour (tétanos, coqueluche, ..).

10. Mais aussi

- Identifier les allergies de type I aux pénicillines (urticaires, bronchospasmes) afin de ne pas écarter à tort des molécules de recours.
- Maintenir une bonne hydratation et un état nutritionnel correct, prévenir les plaies et les escarres.
- Limiter l'utilisation de dispositifs invasifs tels que les sondes urinaires, les voies veineuses périphériques ou sous cutanées.
- Prévenir les infections en faisant la promotion des mesures d'hygiène de base et des précautions standard.
- Des mesures complémentaires d'hygiène peuvent être prescrites, adaptées ou levées en fonction des résultats microbiologiques ou du diagnostic retenu.

11. Pour en savoir plus

CClin Sud-Est. **Fiche memo express pour les EHPAD : Recommandations pour la pratique des prélèvements microbiologiques en EHPAD.** CClin Sud-Est, 2009. 2 pages. Site CClin Sud-Est : [\[Lien\]](#)

Haute autorité de santé (HAS). **Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé.** HAS, 2008. 23 pages. Site HAS : [\[Lien\]](#)

Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé (DGS). **Kit pédagogique pour l'usage des antibiotiques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).** Ministère des affaires sociales et de la santé, 2012. Site Ministère de la santé : [\[Lien\]](#)

Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG), Société française d'hygiène hospitalière (SFHH). **Programme Priam. Prévention des infections en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Consensus formalisé d'expert, juin 2009.** Hygiènes 2010/02; XVIII(1): 1-88. Site NosoBase : [\[Lien\]](#)