

Programme IVU

Croyances concernant les conséquences

Le changement n'est pas possible sans obtenir au préalable l'adhésion des intéressés. Les foyers de soins de longue durée (FSLD) auront plus de succès s'ils offrent un soutien continu au personnel après la formation. Cet outil peut être utilisé pour soutenir les conversations avec le personnel du FSLD sur les croyances et les conséquences liées au fait de ne pas prélever d'urine pour la culture ou de ne pas prescrire des antibiotiques en l'absence des symptômes indiqués.

Cet outil fait partie du programme sur les IVU de Santé publique Ontario. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.publichealthontario.ca/fr/IVU ou par courriel uti@oahpp.ca.

Diagnostic/Évaluation

Préoccupation	Faits/Données	Notes d'aide
<ul style="list-style-type: none"> • Crainte de rater un diagnostic d'infection • Il est difficile de diagnostiquer avec certitude les IVU chez la population des FSLD. • Les résidents atteints d'une démence grave ne peuvent pas décrire leurs symptômes. • IVU soupçonnée chez un résident dont l'état mental a changé • Le résident présente des symptômes non 	<ul style="list-style-type: none"> • Les résidents atteints de démence ou ayant de la difficulté à communiquer peuvent être incapables de verbaliser leurs symptômes, ce qui complique le diagnostic. Les tests à l'aide de bandelettes ou cultures urinaires sont inutiles, car ils peuvent aussi se révéler positifs chez les patients asymptomatiques. • Bon nombre de résidents sont capables de verbaliser des symptômes ou de réagir à la douleur. Une évaluation complète incluant d'autres caractéristiques typiques des IVU – comme la fièvre, une douleur sus-pubienne, des douleurs au flanc ou une hématurie – est nécessaire avant de procéder à une uroculture ou à 	<ul style="list-style-type: none"> • Insister sur les critères de diagnostic d'une IVU, sur les nombreuses autres causes de symptômes non spécifiques et sur l'importance de la temporisation chez les résidents dans un état clinique stable. • L'utilisation de bandelettes réactives ne convient pas pour le diagnostic d'IVU et n'est pas recommandée. • Il faut aussi prendre en compte les objectifs de traitement des résidents atteints d'une démence grave, car compte tenu du fait que les IVU sont surdiagnostiquées, les antibiotiques peuvent être difficiles à administrer et entraîner des effets

Préoccupation	Faits/Données	Notes d'aide
<p>spécifiques, et je crains qu'une IVU en soit à l'origine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information pertinente • Je n'ai pas le temps d'évaluer le résident ou Il n'y a pas de documentation sur les raisons de l'uroculture, alors il est préférable de prescrire un antibiotique, par précaution. 	<p>un traitement par antibiotiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les IVU sont à l'origine de seulement 10 à 20 % des fièvres chez les résidents des FSLD. • On note une prescription excessive d'antibiotiques contre les IVU chez ce groupe de la population, ce qui est particulièrement inquiétant, car les résidents sont davantage prédisposés à contracter une infection à Clostridioides (auparavant Clostridium difficile) ou par une bactérie résistante aux antibiotiques. • Il est difficile de diagnostiquer des infections et de distinguer les causes de symptômes non spécifiques chez les résidents atteints de déficiences cognitives. • Aucune association claire entre les changements d'état mental et les IVU n'est documentée. • Il existe de nombreuses causes de changements dans le comportement ou l'état fonctionnel des résidents des FSLD; elles ne sont toutefois pas considérées en soi comme des indicateurs d'IVU. Attribuer des symptômes à une IVU peut occulter un autre diagnostic. Il est toujours nécessaire de passer en revue les autres causes potentielles d'un changement de l'état mental (voir « Causes du délire et des changements dans l'état mental »). • Un échantillon d'urine doit être envoyé au laboratoire seulement 	<p>secondaires (comme la diarrhée).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En tant que fournisseurs de soins de santé, nous nous fions souvent à des changements subtils de l'état fonctionnel pour signaler un trouble chez les résidents incapables de décrire leurs symptômes. N'oublions pas que, dans une proportion pouvant atteindre un résident sur deux, une uroculture se révélera positive en l'absence de symptômes d'infection, et qu'il faudra donc explorer d'autres causes de symptômes. • Le changement de procédure en matière d'IVU devrait principalement viser à éliminer les urocultures et les traitements non nécessaires chez les résidents qui ne répondent pas aux critères de diagnostic d'IVU. • Les données probantes montrent que chez les résidents stables sur le plan médical et présentant un diagnostic clinique d'IVU présumé, la temporisation est un choix approprié; demander et effectuer un suivi régulier (toutes les huit heures) du résident, y compris veiller à son hydratation (au besoin) pendant 24 heures. • S'assurer de consigner dans le dossier les symptômes prononcés, comme la dysurie et la fièvre.

Préoccupation	Faits/Données	Notes d'aide
	<p>en présence de critères reconnus d'une IVU.</p> <ul style="list-style-type: none"> Chez les résidents stables sur le plan médical et présentant un diagnostic clinique d'IVU présumé, la temporisation est un choix approprié. Il est raisonnable de demander et d'effectuer un suivi régulier (toutes les huit heures) du résident, y compris de veiller à son hydratation (au besoin) pendant 24 heures. Les symptômes prononcés, comme la dysurie et la fièvre, doivent être consignés dans le dossier. 	

Morbidité et mortalité

Préoccupation	Faits/Données	Notes d'aide
<ul style="list-style-type: none"> Crainte de réactions indésirables si une bactériurie (asymptomatique) n'est pas traitée. <i>En l'absence de traitement après une uroculture positive, le résident peut faire une septicémie et devoir être hospitalisé.</i> <i>Prescrire un traitement après une uroculture positive (en l'absence de symptômes) présente des avantages pour le résident.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> La présence de bactéries dans l'urine en l'absence de symptômes (bactériurie asymptomatique) est couramment observée chez les personnes âgées. Le traitement par antibiotiques en l'absence d'un diagnostic clinique d'IVU valide expose le résident à des effets secondaires et ne présente aucun avantage. Traiter une bactériurie asymptomatique ne réduit pas les risques d'IVU symptomatiques ultérieures et n'améliore ni ne prévient l'incontinence. Traiter une bactériurie asymptomatique n'a aucun effet bénéfique sur les taux de morbidité et de mortalité liées aux infections, y compris les patients aux prises avec un stade avancé de démence. 	<ul style="list-style-type: none"> Les antibiotiques ne sont pas requis en cas de bactériurie asymptomatique, parce qu'il n'y a pas d'infection. On a noté des effets nuisibles chez les résidents ayant reçu des antibiotiques pour une bactériurie asymptomatique. Traiter une bactériurie asymptomatique fait plus de mal que de bien et expose inutilement les résidents aux effets secondaires des antibiotiques (tels que des troubles intestinaux, neurologiques ou rénaux), à des réactions allergiques, à une infection à <i>Clostridioides</i> (auparavant <i>Clostridium difficile</i>) et à des interactions médicamenteuses. Un usage inutile d'antibiotiques renforce aussi la résistance aux antimicrobiens.

		<ul style="list-style-type: none"> • Les taux de morbidité et de mortalité liées à l'appareil génito-urinaire chez les femmes âgées hospitalisées sont inchangés dans les cas de bactériuries asymptomatiques, qu'elles soient traitées ou pas.
<ul style="list-style-type: none"> • Crainte de réactions indésirables chez les personnes âgées à la santé fragile ou présentant des symptômes non spécifiques. • <i>J'ai peur de rater un diagnostic d'IVU et que le résident fasse une septicémie.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Les IVU sont une cause courante de septicémie et suscitent des préoccupations légitimes. À noter toutefois qu'une septicémie due à une IVU est 40 fois plus courante chez les résidents <i>portant un cathéter</i>, et que la fièvre est le symptôme le plus courant chez les résidents <i>portant un cathéter</i> et ayant une IVU. Même chez ce groupe de résidents, la fièvre est due à une IVU dans seulement un tiers des cas. • Chez les résidents <i>ne portant pas de cathéter</i>, le diagnostic doit être établi en fonction des symptômes locaux (dysurie). Chez ceux incapables de décrire leurs symptômes, le diagnostic doit être basé sur la présence <i>à la fois</i> de fièvre <i>et</i> de symptômes génito-urinaires additionnels. • La seule présence de fièvre chez les résidents ne portant pas de cathéter devrait inciter à explorer d'autres causes avant de prescrire des examens ou un traitement pour une IVU. • Comme toujours, le jugement et l'évaluation cliniques ne peuvent pas être remplacés par des règles ou des algorithmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insister auprès des médecins sur le fait que, dans la prise de décision relative au traitement, il faut faire preuve d'un bon jugement clinique et que celui-ci ne peut être remplacé par un protocole ou des directives.

Risques liés aux antimicrobiens

Préoccupation	Faits/Données	Notes d'aide
<ul style="list-style-type: none"> • Risques non reconnus liés au traitement. • <i>Prescrire un antibiotique pour les cas d'IVU présumée présente peu d'inconvénients.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas d'avantages à traiter les bactéries dans l'urine ou à prescrire des antibiotiques en l'absence d'un diagnostic clinique d'IVU valide. • Par contre, il y a des risques importants associés aux antimicrobiens, comme des réactions allergiques, des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et des surinfections à Clostridioides (auparavant <i>Clostridium difficile</i>) ou aux levures. De plus, les résidents traités pour une bactériurie présentent un risque accru d'héberger une bactérie résistante, ce qui complique le traitement des futures infections. • Les résidents des FSLD et les personnes sous polymédication (ou polypharmacie) font partie des groupes à risque de présenter des réactions médicamenteuses indésirables qui nécessitent une visite aux urgences. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournisseurs de soins de santé doivent insister auprès des familles des résidents sur les risques potentiels liés aux antibiotiques et sur le fait qu'ils font souvent plus de mal que de bien.

Sources :

- D'Agata E, Loeb MB, Mitchell SL. Challenges assessing nursing home residents with advanced dementia for suspected urinary tract infections. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(1):62–6.
- Pop-Vicas A, Mitchell SL, Kandel R, et al. Multidrug-resistant gram-negative bacteria in a long-term care facility: prevalence and risk factors. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1276–80.
- Rowe TA, Juthani-Mehta M. Urinary tract infection in older adults. *Aging Health.* 2013;9(5):519–28.
- Nace DA, Drinka PJ, Crnich CJ. Clinical uncertainties in the approach to long term care residents with possible urinary tract infection. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15:e133–9.
- Balogun S, Philbrick JT. Delirium, a symptom of UTI in the elderly: fact or fable? A systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:B21.
- Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; American Geriatric Society. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis.* 2005;40:643–54.
- Ouslander JG, Schapira M, Schnelle JF, et al. Does eradicating bacteriuria affect the severity of chronic urinary incontinence in nursing home residents? *Ann Intern Med.* 1995;122:749–54.
- Abrutyn E, Mossey J, Berlin JA, et al. Does asymptomatic bacteriuria predict mortality and does antimicrobial treatment reduce mortality in elderly ambulatory women? *Ann Intern Med.* 1994;120:827–33.
- Nicolle LE, Bjornson J, Harding GKM, MacDonell JA. Bacteriuria in elderly institutionalized men. *N Engl J Med.* 1983;309:1420–5.
- Nicolle LE, Mayhew WJ, Bryan L. Prospective, randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women. *Am J Med.* 1987;83:27–33.
- Nicolle LE, Mayhew WJ, Bryan L. Prospective, randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women. *Am J Med.* 1987;83:27–33.
- van Buul LW, van der Steen JT, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis FG, Essink RT, et al. Antibiotic use and resistance in long term care facilities. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13(6):568.e1–13.
- Pop-Vicas A, Mitchell SL, Kandel R, et al. Multidrug-resistant gram-negative bacteria in a long-term care facility: prevalence and risk factors. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1276–80.
- Wright, J, Paauw DS. Complications of antibiotic therapy. *Med Clin N Am.* 2013;97:667–79.

- Wu C, Bell CM, Wodchis WP. Incidence and economic burden of adverse drug reactions among elderly patients in Ontario emergency departments. *Drug Saf.* 2012; 35(9):769–81.
- Mattappalil A, Mergenhagen KA. Neurotoxicity with antimicrobials in the elderly: a review. *Clin Ther.* 2014;36(11):1489–1511.
- Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. Drug-drug interactions in the geriatric population—summary of selected pharmacoepidemiological studies in Ontario [Internet]. Toronto (ON): ISMP Canada; 24 avril 2013 [consulté le 24 mars 2016]. 6 p. Disponible à l'adresse : https://www.ismp-canada.org/beers_list/downloads/Drug-DrugInteractions.pdf.
- Bayoumi I, Dolovich L, Hutchison B, Holbrook A. Medication-related emergency department visits and hospitalizations among older adults. *Can Fam Physician.* 2014;60(4):e217–22.
- Ventura MT, Laddaga R, Cavallera P, Pugliese P, Tummolo RA, Buquicchio R, et al. Adverse drug reactions as the cause of emergency department admission: focus on the elderly. *Immunopharmacol Immunotoxicol.* 2010;32(3):426–9.
- Shehab N, Patel PR, Srinivasan A, Budnitz DS. Emergency Department visits for antibiotic-associated adverse events. *Clin Infect Dis.* 2008;47(6):735–43.
- Powers JH. Risk perception and inappropriate antimicrobial use: yes, it can hurt. *Clin Infect Dis.* 2009; 48:1350–3.
- Chopra T, Goldstein EJC. *Clostridium difficile* infection in long-term care facilities: a call to action for antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis.* 2015;60(S2):S72–6.
- Daneman N, Bronskill SE, Gruneir A, Newman AM, Fischer HD, Rochon PA, et al. Variability in antibiotic use across nursing homes and the risk of antibiotic-related adverse outcomes for individual residents. *JAMA Intern Med.* 2015;175(8):1331–9.

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Programme IVU: Croyances concernant les conséquences, Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée du CCPMI-PCI et de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Historique de publication

Publié : Août 2016

1^{re} révision : Novembre 2019



Santé publique Ontario reçoit l'appui financier du gouvernement de l'Ontario.